



HAL
open science

Effacité de la méthode McKenzie dans le traitement de la lombalgie chronique

Kaëlig Pignolet

► **To cite this version:**

Kaëlig Pignolet. Effacité de la méthode McKenzie dans le traitement de la lombalgie chronique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01437945

HAL Id: dumas-01437945

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01437945>

Submitted on 5 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

22 avenue Camille Desmoulins

29238 BREST CEDEX 3

**EFFICACITE DE LA METHODE
MCKENZIE SUR L'INCAPACITE
FONCTIONNELLE DE PATIENTS
LOMBALGIQUES CHRONIQUES**

PIGNOLET Kaëlig

En vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute

Année 2013-2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier vivement Mme Turban Magalie et Mr Le Roy Marc qui ont su me rassurer, me redonner confiance. Ainsi que pour leur aide précieuse et leurs lectures minutieuses.

Je remercie mes parents, pour leur soutien, leurs relectures et leur patience.

Mme Alexandre, Mr Lestidaux, Mr le Roy, Mme Macé, l'équipe pédagogique de l'IFMK, pour leur apprentissage et leur engagement.

J'adresse mes remerciements à Laura Manteaux, ainsi qu'à l'équipe de l'hôpital de Guilers pour m'avoir fait découvrir la méthode McKenzie, pour leurs lectures et leurs conseils.

Je remercie Mme F pour le temps qu'elle m'a accordé et l'inspiration qu'elle m'a apportée.

Je remercie mes amis pour leur soutien et encouragements tout le long de ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I-DEFINITION DES CONCEPTS.....	2
I. 1. La lombalgie chronique.....	2
I.1.1. Définition.....	2
I.1.2. L'évolution naturelle de la pathologie.....	2
I.1.3. Les facteurs de chronicisation, « yellow flags » (10) , (11).....	3
I.1.4. Les recommandations de bonne pratique.....	3
I.1.5. Étiologies de la lombalgie chronique.....	4
I.2. La méthode McKenzie.....	4
I.2.1. Histoire.....	5
I.2.2. Principes.....	5
II ANALYSE DE L'EFFICACITE DE LA METHODE MCKENZIE A TRAVERS LA METHODOLOGIE SCIENTIFIQUE.....	8
II.1. Méthodologie.....	8
II.1.1. Stratégie de recherche :.....	8
II.1.2. Sélection des articles.....	8
II.2. Résultats des recherches.....	9
II.2.1. Descriptions des études retenues.....	9
II.2.2. résultats des études.....	10
II.3. Synthèse.....	11
III. PRESENTATION DU CAS D'UNE JEUNE PATIENTE LOMBALGIQUE CHRONIQUE....	12
III.1. Bilans et diagnostics kinésithérapiques.....	12
III.1.1. Bilan initial 13/04/2015.....	12
III.1.2. Bilan McKenzie.....	15
III.1.3. Bilan diagnostique kiné.....	16
III. 2. Traitement masso-kinésithérapique et ses principes.....	17
III.2.1. Principes.....	17
III.2.2. Objectifs.....	17
III.2.3. Traitement.....	18
III. 3. Résultats et analyse des résultats.....	19
IV- DISCUSSION.....	20
IV.1. Efficacité de la méthode McKenzie par rapport à d'autres thérapies.....	20
IV.2. Les limites de l'efficacité de la méthode au travers de la prise en charge d'une patiente lombalgique chronique.....	22
CONCLUSION.....	26
BIBLIOGRAPHIE.....	27

INTRODUCTION

La lombalgie est un véritable problème de santé publique. En effet, l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé estime que 70 à 80 % des français seront touchés au moins une fois dans leur vie par un symptôme de lombalgie. Parmi ces lombalgies environ 10 % deviennent chroniques. Selon la même étude, on estime qu'elles sont la deuxième cause de consultation chez le médecin généraliste, et, qu'à elles seules, elles sont responsables d'un tiers des invalidités au travail. On considère que la lombalgie chronique est à l'origine de 80 % des coûts engendrés par les lombalgies. (1) Ce phénomène provoque un coût élevé dans les dépenses de santé, qui ne fait que s'accroître dans les pays industrialisés. (2)

Lors de mon stage effectué en avril 2015 dans le Service de Soins de Suite et Réadaptation Orthopédique à l'Hôpital de Guilers, j'ai eu l'opportunité d'être encadrée par une équipe de kinésithérapeutes nouvellement formés à la méthode McKenzie. Nous avons pris en charge une jeune patiente atteinte de lombalgies chroniques, et l'avons traitée en suivant cette approche. Ce cas m'a interpellée ainsi que la méthode utilisée, ce qui m'amena à orienter mes recherches dans cette direction.

La méthode McKenzie très utilisée dans les pays anglo-saxons, gagne du terrain en France depuis les années 2000 (3). Elle a fait l'objet de nombreuses publications, et des études de bonne qualité méthodologique, valident son efficacité pour la colonne lombaire principalement, et pour les patients aigus et subaigus. En est-il de même en ce qui concerne les patients atteints de lombalgie chronique?

Ce travail, nous permettra d'y répondre, en étudiant l'efficacité de la méthode McKenzie au regard d'un paramètre qui me semble pertinent: l'amélioration de la capacité fonctionnelle.

En première partie, une approche théorique permettra de décrire et de comprendre les principes clés de la méthode McKenzie et la complexité de la lombalgie chronique. Puis, une seconde partie, d'analyser les études sur ce sujet. Pour finir, la présentation d'un cas clinique d'une jeune patiente lombalgique chronique sera confronté à la littérature.

I-DEFINITION DES CONCEPTS

I. 1. La lombalgie chronique

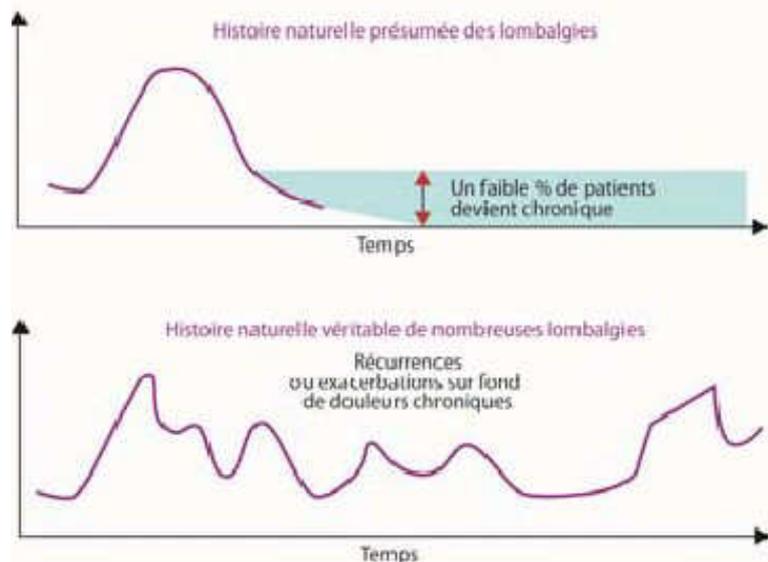
I.1.1. Définition

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit deux types de lombalgies. La lombalgie commune (ou non spécifique) et la lombalgie spécifique. La lombalgie commune «correspond à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse.» On estime que la lombalgie commune représente 90 % des lombalgies prises en charge par les professionnels de santé. Cette affection peut être classée selon la durée des symptômes. Elle est dite aiguë lorsque cette durée est inférieure ou égale à 4 semaines, subaiguë entre 4 semaines et 12 semaines et chronique si elle se prolonge au delà de 12 semaines. En cas d'existence de plus de deux épisodes aigus en moins d'un an la lombalgie est qualifiée de récidivante. (4)

La lombalgie chronique est définie par l'HAS en 2000 comme une «douleur habituelle de la région lombaire, évoluant depuis plus de 3 mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou » (5)

I.1.2. L'évolution naturelle de la pathologie.

On considère que 80 à 90% des lombalgies aiguës guérissent spontanément en près de 12 semaines (Waddell)(6). Cependant, au long terme les résultats ne sont pas aussi positifs: les études de Koes et al mettent en évidence que 73% des lombalgies aiguës récidivent dans les 12 mois qui suivent et celle de Thomas E et al que 34 % de patients passent dans la chronicité à un an. (7) (8) Si, seulement 5% des lombalgies se chronicisent, il n'en reste pas moins qu'un nombre élevé de patients souffrent de douleurs récidivantes ou d'épisodes paroxystiques sur fond de douleur chronique. Croft (Voir figure 1 ci-dessous) (9)



I.1.3. Les facteurs de chronicisation, « yellow flags » (10) , (11)

L'étude de C. Nguyen et al a identifiée et évaluée les diff erents facteurs de risques de l'évolution de la lombalgie vers la chronicité. C'est un élément important car elle aura un fort impact sur la qualité de vie des patients. Les principaux facteurs identifiés sont:

- Individuels: Ils dépendent de l'âge du patient, de la sévérité de la lombalgie, du niveau de douleur ressentie, de la durée de l'affection, de la présence ou non d'une sciatique et des antécédents de chirurgie lombaire.
- Professionnels: Ils sont liés généralement à l'insatisfaction au travail.
- Psychosociaux: Ils comprennent la kinésiophobie, l'appréhension et l'évitement, le catastrophisme, les fausses croyances, la dépression. Le questionnaire FABQ auquel répondent les patients permet d'évaluer ces peurs et croyances. (voir questionnaire en annexe n 1)

(Voir détail des facteurs de chronicité en annexe n 2)

I.1.4. Les recommandations de bonne pratique

Dans le traitement des lombalgies chroniques, la Haute Autorité de Santé recommande, en premier lieu, avec un niveau de preuve grade B (grade défini en annexe n 4) les exercices physiques efficaces à court terme dans le traitement de la douleur et l'amélioration de la fonction. Aucune étude ne prouve encore quel type d'exercice est plus efficace.

De même niveau de preuve est recommandée la prise en charge multidisciplinaire, constituée d'éducation thérapeutique, de conseil, d'exercices physiques intensifs supervisés et d'un suivi psychologique. Les thérapies comportementales sont également indiquées dans le traitement de la douleur.

D'autres traitements kinésithérapiques peuvent être proposés avec un niveau de preuve modéré, c'est le cas de l'Ecole du dos, du thermalisme, de la baln eoth rapie, du TENS. Cependant le repos au lit, les tractions vertébrales et la ionisation ne sont pas recommandés. (Voir tableau récapitulatif des recommandations en annexe n  3)(12) (13)

Dans les guidelines européennes les exercices McKenzie sont cités avec le même niveau de recommandation que les autres exercices physiques et les mêmes réserves quant au type d'exercice les plus appropriés. (14)

I.1.5. Étiologies de la lombalgie chronique.

La lombalgie chronique a des origines très variées,

Certaines causes de lombalgies contre-indiquent totalement la rééducation : les pathologies inflammatoires, fractures, tumeurs. Les douleurs peuvent aussi provenir de hernie discale, discopathie, canal lombaire étroit, spondylolisthésis, arthrose facettaire et de pathologies fonctionnelles, dérangement intervertébral mineur, raideur, hypo-extensibilités musculaires, trouble postural, déséquilibre musculaire.

I.1.6. L'incapacité fonctionnelle. (15)

L'incapacité fonctionnelle est la réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité dans les limites considérées comme normales pour un être humain (A. Dupeyron). Dans la prise en charge des patients elle se mesure à l'aide de différents questionnaires, les plus fréquemment utilisés sont :

Le questionnaire EIFEL(Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies) qui est une adaptation du Roland-Morris Disability Questionnaire. Il est constitué de vingt-quatre items sur la réduction de la mobilité, dans les activités de la vie quotidienne. Plus le score est élevé plus le patient présente une incapacité fonctionnelle importante. (Voir questionnaire en annexe n°5)

Le questionnaire DALLAS, est un auto-questionnaire explorant l'impact de la lombalgie chronique dans 4 dimensions (activités quotidiennes, travail et loisirs, dépression-anxiété, comportement social). C'est une échelle visuelle composée de 16 questions. (Voir questionnaire en annexe n° 6)

Le questionnaire Owestry est également une auto-évaluation, à partir de 10 items, évaluant l'impact de la douleur sur la mobilité et les activités de la vie quotidienne. Un score inférieur à 20 % équivaut à un handicap minimal, un score supérieur à 60 % témoigne d'une sévère invalidité. (Voir questionnaire en annexe n°7)

I.2. La méthode McKenzie

La méthode McKenzie, est un système d'évaluation et de traitement des douleurs musculo-squelettiques qui base son traitement essentiellement sur des techniques d'auto-traitement. (16)

I.2.1. Histoire

Dans les années 50, le physiothérapeute Néo-Zélandais Robin McKenzie fit une découverte fortuite. Il demanda à un de ses patients M. Smith souffrant de sciatgie tronquée de s'installer sur le ventre sur la table d'examen. Le patient, ayant omis de descendre le dossier, il se trouva donc installé en hyper extension pendant plusieurs minutes. Contre toute attente il s'avéra que ses douleurs avaient diminué et cela durablement. L'efficacité spectaculaire de la posture en extension lui donna l'idée de faire la même chose sur d'autres patients, et il découvrit qu'un grand nombre de patients lombalgiques et sciatgiques répondaient très favorablement à des stratégies basées sur un travail en extension. Pour certains, c'étaient l'inclinaison, la rotation ou la flexion, mais plus rarement. Puis il se rendit compte que les techniques auto-rééducatives étaient plus efficaces que les manœuvres passives. C'est à partir de là que Robin McKenzie construisit sa méthode.(16)

I.2.2. Principes

La méthode McKenzie se base sur plusieurs points clés.

a. L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique est un concept important dans la méthode McKenzie. La lombalgie chronique est un phénomène complexe qui associe des facteurs biologiques, psychologiques et socioprofessionnels. Les peurs et croyances des patients, si elles ne sont pas adaptées, risquent de favoriser la chronicisation. L'éducation thérapeutique d'après Sansonnens et al permet de modifier les fausses croyances, comme par exemple l'effet délétère du mouvement.

Elle incite le patient à sortir du cercle vicieux de déconditionnement physique et, en conséquence, participe à l'amélioration de sa capacité fonctionnelle. On sait que cette activité chez les patients lombalgiques chroniques est diminuée. (17)

a. L'auto-rééducation (18)

McKenzie place l'auto-rééducation au centre du traitement. Le but est que le patient soit l'acteur principal de sa rééducation. Ainsi il sera plus impliqué et adhérera mieux au traitement. De plus, cela doit lui permettre d'éviter lui-même les récurrences et de savoir les gérer seul si elles sont tout de même apparues. Cette approche permet des séances quotidiennes à domicile qui apportent un maintien des capacités entre deux séances de kinésithérapie et pérennisent les bénéfices du traitement.

L'étude de Z. Ben Salah Frih et al montre qu'un traitement d'auto-rééducation supervisé est plus efficace qu'un traitement classique dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques.(19) En effet la guideline de 2009 recommande l'auto-rééducation dans le traitement de la lombalgie chronique.

b. La centralisation et la périphérisation

La centralisation correspond au phénomène selon lequel, une douleur irradiante, distale, issue de la colonne vertébrale, va, suite à des mouvements mécaniques, devenir de plus en plus proximale, pour finir par disparaître. Ce phénomène se produit seulement dans le syndrome de dérangement. Ce changement de topographie de la douleur du distal vers le proximal correspond à une amélioration de l'état du patient, même si la douleur peut être temporairement plus intense dans la région médiane. Ce phénomène a fait l'objet d'une revue systématique portant sur 14 études validant son intérêt.(20) (21)

La périphérisation sera la manifestation inverse, où la douleur va se projeter vers l'extrémité du membre inférieur. (voir figure 2 ci-dessous)

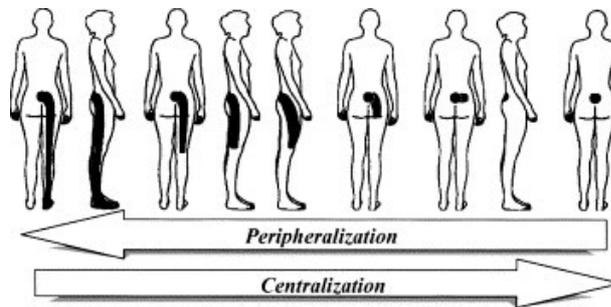


Fig 2: Phénomène de centralisation.
(Didot Centre de kinésithérapie)

c. La préférence directionnelle

La préférence directionnelle est un des principes fondamentaux de la méthode McKenzie. C'est la première chose recherchée lors de l'examen clinique. Certaines directions de mouvements aggravent les douleurs et les périphérisent, quand d'autres apportent soulagement de la douleur et centralisation. Ce phénomène est présent dans le syndrome de dérangement. 89% des patients souffrant de lombalgie aiguë ont une préférence directionnelle ainsi que 52% des lombalgiques chroniques.(22) (16)

d. Les tests de mouvements répétés

Afin de déterminer la préférence directionnelle du patient, la méthode McKenzie se base sur les tests de mouvements répétés, des séries de 10 mouvements jusqu'à la fin de l'amplitude que le patient peut atteindre. L'effet d'un mouvement, peut dans un premier temps, augmenter la douleur, puis, à force de répétitions, finalement la diminuer et la centraliser. C'est la réponse paradoxale, donc pour évaluer l'effet d'un mouvement, il est important de le faire plusieurs fois. (16)

e. La classification par syndrome(23)

Les symptômes cliniques révélés lors des tests vont permettre de classer les patients en trois syndromes :

Le syndrome de dérangement : C'est le syndrome le plus fréquemment rencontré parmi ceux décrits par McKenzie. Il s'explique par un déplacement intervertébral provoquant douleur et dysfonctionnement lorsque le rachis est soumis à certaines contraintes mécaniques. Il est caractérisé par des variations rapides de la localisation et de l'intensité de la douleur ainsi que des amplitudes articulaires.

Le disque se déplace postérieurement lors d'une flexion du tronc, antérieurement en extension, et contro-latéralement lors de l'inclinaison latérale. (Voir figure 3 ci-dessous) Ce modèle discal à été validé par de nombreuses études in vivo et in vitro. (20) Si il existe une fissure dans l'annulus du disque lors des mouvements le gel du nucléus va s'infiltrer et provoquer la douleur.

Schéma de la dynamique intra-discale:

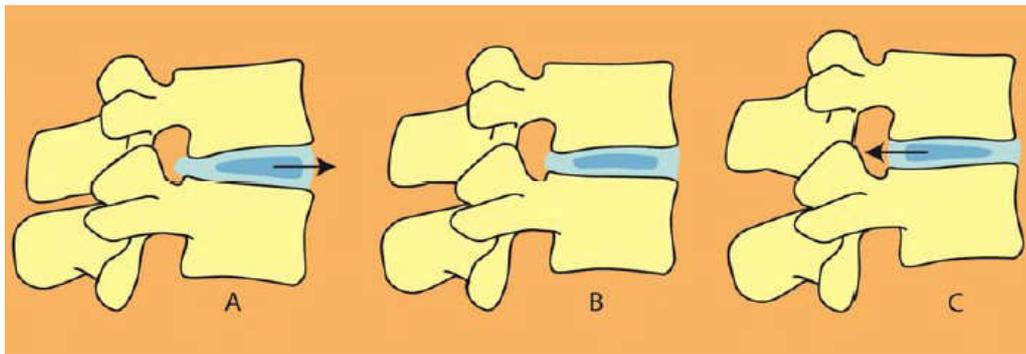


Fig 3: Dynamique intra-discale : A En extension le nucléus migre antérieurement B position neutre C en flexion le nucléus migre postérieurement. (Gabor SAGI)

Le syndrome de dysfonction : Chez ce groupe de patients la douleur apparaît en fin d'amplitude. Elle peut être associée à une perte de mouvement dans cette direction. Il n'y a pas de douleur en milieu de mouvement et s'ils sont répétés ils ne modifient ni l'intensité ni la localisation de la douleur. Certains tissus sont structurellement endommagés par des lésions à répétition ou une cicatrisation imparfaite. Ils peuvent être rétractés, fibrosés ou présenter des adhérences. Ce qui va créer des douleurs à l'étirement de cette structure. La récupération sera plus longue.

Le syndrome postural: Dans ce cas les patients présentent des douleurs au maintien prolongé en fin d'amplitude. La correction de la posture suffit à les faire disparaître. Lorsqu'une articulation est mise dans une position extrême, une douleur apparaît pour prévenir la lésion. C'est le même phénomène au niveau du rachis lombaire. Il n'y a ici pas d'altération structurelle.

II ANALYSE DE L'EFFICACITE DE LA METHODE MCKENZIE A TRAVERS LA METHODOLOGIE SCIENTIFIQUE

II.1. Méthodologie

II.1.1. Stratégie de recherche :

La recherche a été faite sur les bases de données Medline-Pubmed, Cochrane Library Google Scholar et PEDro. Les mots clés utilisés étaient : low AND back AND McKenzie AND chronic.

Ont été retenus les revues systématiques, méta-analyses, études contrôlées randomisées, essais cliniques type (IMRAD). En anglais et français.

L'objectif était d'identifier l'efficacité du traitement McKenzie sur la fonction des patients lombalgiques chroniques.

II.1.2. Sélection des articles

Critère d'inclusion des études:

Les études de moins de 5 ans ont été retenues.

Par rapport à l'intervention: Traitement individualisé et adapté à chaque patient en fonction de leur préférence directionnelle par des thérapeutes diplômés. Dans le respect des principes de la méthode McKenzie.

Critère d'inclusion des patients : Les sujets de tous les groupes d'âge et de sexe ont été inclus. Patients atteints de lombalgie chronique non spécifique depuis plus de 3 mois. (cf. Définition de la lombalgie chronique.)

Critère d'exclusion:

Les études qui prennent en compte des patients avec une lombalgie spécifique type: Syndrome de la queue de cheval, infection, maladie inflammatoire, tumeur, fracture ont été exclus. Ainsi que les études qui mélangent les patients lombalgiques chroniques, aigus, et subaigus.

Durée : Selon les recommandations de Cochrane Collaboration. Les résultats seront considérés à court terme entre 0 et 3 mois, à moyen terme entre 3 mois et 1 an et à long terme plus d'1 an).

Paramètre étudié:

Dans le cas des douleurs persistances, le lien entre celles ci et la lésion peut être perturbé. (24) Chez un patient lombalgique chronique il est plus pertinent d'évaluer ses progrès fonctionnels, que de se baser uniquement sur la douleur ressentie. Pour cette recherche je me suis donc concentrée sur l'incapacité fonctionnelle comme critère d'efficacité.

II.2. Résultats des recherches

La recherche bibliographique a identifié 61 articles. Après avoir éliminé les articles de plus de 5 ans et les doublons il restait 20 articles. Puis, après lecture des résumés et application des critères d'exclusion, seulement 12 articles. Au terme de cette recherche, après lecture intégrale des articles ont été retenues 1 revue de littérature et 4 études contrôlées randomisées. (Voir schéma des étapes de recherche en annexe n°8)

II.2.1. Descriptions des études retenues.

Auteurs	Score Pedro	Nbre de P	Intervention de comparaison	Schéma d'étude	Méthode d'évaluation	Durée
N. Sansonnens et al 2012 *(17)	-	-	-	Revue de littérature.	-	-
A. Garcia et al, 2013(25)	8/10	148	École du dos	ECR	Questionnaire Roland Morris. (RMDQ)	4 semaines d'intervention Évaluation à 1,3 et 6 mois
Murtezania et al, 2015(26)	8/10	271	Physiothérapie	ECR	Owestry low back pain disability questionnaire +Distance doigt sol (FTF)	4 semaines d'intervention. Évaluation à 3mois
S.Mancelon et al, 2014(27)	5/10	14	Traitement classique	ECR	Score d'Oswestry	6 séances
Szulc et al, 2015(28)			MET et Traitement classique	ECR	Score Owestry (0-24)	10 jours Évaluation à 10 et 3 mois.

*Revue de littérature incluant 3 études. (29) (30)(voir détails en annexe n°9)

ECR : Étude contrôlé randomisé. MET : Technique d'énergie musculaire

II.2.2. résultats des études

Revue de littérature 2012 :

La revue systématique écrite par N. Sansonnens et al publiée en 2012, fait apparaître une tendance positive sur l'amélioration du fonctionnement physique chez des patients lombalgiques chroniques traités par la méthode McKenzie. (17) Dans cette revue 3 études contrôlées randomisées et une poursuite d'étude (follow up) ont été retenues. L'étude de Petersen et al. montre une amélioration significative dans les deux groupes comparés (renforcement intensif par rapport à McKenzie) qui se maintient quatorze mois après l'intervention. ($p=0,001$). De plus, on peut y noter une différence significative en faveur de la méthode McKenzie à quatre mois. ($p=0,04$). Dans les deux autres études citées dans la revue systématique le groupe McKenzie montre des résultats équivalents aux groupes comparés (stabilisation spécifique pour l'étude de Miller et al et un relaxant musculaire pour celle de Sakai et al).

D'autres études ont été publiées depuis :

McKenzie Vs Physiothérapie :

L'étude de Murtezanian et al a comparé un traitement suivant la méthode McKenzie à un traitement physiothérapeutique durant 4 semaines. La physiothérapie est un traitement passif, qui, dans cette étude, inclut l'utilisation d'ultrasons, de lampe chauffante et de courant interférentiel.

Les deux méthodes comportaient respectivement 134 et 137 patients, avec un suivi de 3 mois. Dans le but de mesurer l'amélioration fonctionnelle le questionnaire Oswestry Low back Pain questionnaire Disability (OSW) et un test de distance doigt-sol (FTF) a été utilisés.

Les résultats montrent une diminution des deux scores à 4 semaines, 2 et 3 mois dans les deux groupes avec une différence significative en faveur du groupe McKenzie ($p<0,001$). (26)

McKenzie Vs école du dos :

L'école du dos est un traitement de groupe basé sur l'éducation et la prévention. Il consiste à informer les patients sur l'anatomie du dos et transmettre des recommandations : les bonnes postures, les types d'exercices à faire et l'importance d'une activité physique quotidienne.

Elle est de preuve modérée qui est recommandée par l'HAS (grade B lorsqu'elle est associée à des exercices physiques)

L'étude de Garcia et al en 2013, compare l'école du dos à la méthode McKenzie sur un programme de 4 semaines avec un suivi de 1, 3, et 6 mois. Les résultats sont mesurés à l'aide du questionnaire Roland Morris Questionnaire Disability. Ils montrent une diminution significative de l'invalidité dans les deux groupes en faveur de la méthode McKenzie à 1 mois. ($p<0,05$). Cette amélioration est maintenue à 3 et 6 mois. (25)

McKenzie Vs traitement combiné:

Szulc et al en 2015 ont mené une étude portant sur 60 patients souffrant de lombalgie chronique répartis en 3 groupes. Ils comparent la méthode McKenzie à un traitement combiné contenant des exercices McKenzie associés à des techniques d'énergie musculaire qui consistent en du « contracté-relâché » et des techniques d'inhibition réciproque. Il s'agit de deux modes d'étirement, le premier étant composé d'une contraction isométrique du muscle suivit d'un étirement passif de ce même muscle le secondant musculaire étirement passif après une contraction active isométrique du muscle antagoniste. Ces techniques ont été appliquées sur les muscles spinaux de façon bilatérale afin d'équilibrer les tensions musculaires. Les résultats concernant l'incapacité fonctionnelle n'ont pas montré d'amélioration significative avec un traitement combiné. Cependant en ce qui concerne la douleur, la qualité de vie, et les mobilités de la colonne le traitement combiné était favorable. L'étude suggère que chez les patients souffrant de lombalgie chronique la méthode combinée est la plus efficace, que ce soit par rapport à un traitement standard ou un traitement McKenzie seul.

McKenzie Vs «traitement classique» ou «standard» :

Dans cette même étude, le premier groupe reçoit un traitement McKenzie seul, le deuxième un traitement McKenzie et des techniques d'énergie musculaire (MET) puis le troisième un traitement «standard» composé de massage classique, de laser, de TENS et d'exercices de renforcement musculaire des abdominaux et des muscles spinaux. Les résultats montrent en fin d'intervention et après un suivi à 3 mois une diminution de l'incapacité fonctionnelle dans les deux groupes comprenant la méthode McKenzie, sans différence significative entre les deux groupes. Tous les deux ont une différence importante par rapport au traitement standard. ($p < 0,001$)(28)

L'étude de S. Moncelon en 2014, compare un traitement McKenzie conjugué à de la balnéothérapie à un «traitement classique» comprenant des exercices de respiration abdomino-diaphragmatique, des mobilisations lombo-pelviennes et coxo-fémorales ainsi que de la tonification douce des muscles para-vertébraux. Les résultats montrent une diminution de l'incapacité fonctionnelle à la 6ème séance dans les deux groupes, avec une amélioration supérieure pour le traitement classique sans que cette différence soit significative.(27)

(Voir récapitulatif des résultats des études annexe n°10)

II.3. Synthèse

Plusieurs études ont entrepris de comparer la méthode McKenzie à d'autres techniques de rééducation, telles que l'École du dos, l'électrothérapie, les manipulations vertébrales, les exercices d'énergie musculaire et un traitement standard. Il en ressort que la méthode McKenzie est plus efficace ou de même efficacité que ces thérapies qu'elles soient passives (physiothérapie) ou actives (école du dos) en ce qui concerne l'amélioration du fonctionnement physique, sur le court terme. Cependant, quand elle est comparée à un traitement classique, il est difficile de conclure.

III. PRESENTATION DU CAS D'UNE JEUNE PATIENTE LOMBALGIQUE CHRONIQUE

III.1. Bilans et diagnostics kinésithérapiques

III.1.1. Bilan initial 13/04/2015

a) Anamnèse

➤ Présentation du patient:

Mlle F. est une femme de 23 ans, elle a été admise le 23/03/2015 à l'hôpital de Guilers dans le service de SSR orthopédique, suite à des lombalgies chroniques depuis 5 ans, avec irradiation jusqu'au genou, pour 3 semaines de rééducation intensive.

Mlle F. travaille en tant qu'agent d'entretien dans les trains, la nuit, et est aussi coiffeuse. Elle exerce un métier très physique dans la pratique duquel elle se retrouve très souvent penchée vers l'avant. Elle est en arrêt de travail depuis deux mois. Elle se pose la question d'une reconversion professionnelle comme professeur de coiffure. Elle pratiquait l'équitation mais a dû s'arrêter il y a un an.

➤ Antécédents:

Dystrophie de croissance (Maladie de Scheuermann) en 1999 à l'âge de 7 ans.

➤ Histoire de la maladie:

A l'âge de 7 ans, Mme F a eu une dystrophie de croissance au niveau thoracique. Elle a reçu un traitement kinésithérapique mais elle n'a pas porté de corset. Les douleurs étaient localisées dans le haut du dos. Mais depuis 5 ans des douleurs lombaires basses, de plus en plus importantes, avec irradiation sont apparues.

➤ Traitement médicamenteux :

Quand la douleur est trop vive elle prend du Paracétamol 1g, mais cela ne la fait pas disparaître complètement. Elle n'a pas su dire la fréquence de ces prises.

➤ Examens complémentaires :

Radiographie du rachis lombaire le 12/01/2015 : Séquelle de dystrophie de croissance associée à une cyphose sur la charnière dorso-lombaire et une hyperlordose lombaire avec signes d'hyperpression sur les massifs articulaires postérieurs sur cette charnière lombo-sacrée avec pincement postérieur des disques L4-L5 et L5-S1. (Voir annexe n°11)

➤ Prescription kinésithérapique :

« Kinésithérapie antalgique, travail de transfert, d'éducation du dos, massage, chaleur, McKenzie, marche nordique, balnéothérapie. »

➤ Souhait et projet du patient :

Mlle F. aimerait voir ses douleurs diminuer avant tout. Elle ne souhaite plus travailler comme agent d'entretien, elle voudrait reprendre ses études de coiffure et pouvoir pratiquer l'équitation.

b) Bilan structurel

➤ Bilan morphostatique

Mlle F. est une jeune femme d'1m62 et de 65kg. (IMC de 24, 8, la limite du surpoids.)

Dans le plan sagittal, (Voir annexe n°12) il est possible d'observer un enroulement des épaules, ainsi qu'une cyphose dorso-lombaire et une hyper-lordose lombaire confirmée par la mesure des flèches sagittales, avec une flèche en L3 égale à 6cm alors que la norme est de 3-4cm ainsi qu'une augmentation des flèche cervicale. Nous pouvons constater également l'apparition d'une flèche sacrée (S2 = 5 cm) Normalement le fils à plomb doit toucher le patient au niveau de l'occiput et de S2, ce n'est pas le cas ici. On peut apercevoir que l'acromion est déjeté en arrière par rapport au tragus de l'oreille et au grand trochanter. On peut imaginer que ses articulations zig apophysaire portent un poids plus important. (Tableau récapitulatif en annexe n°13)

Dans le plan frontal, (Voir annexe n°12) Les espaces thoraco-bracial sont symétriques, les mains sont tournées vers l'arrière. Les omoplates sont horizontales. On peut apercevoir une légère inclinaison de la tête à gauche.

➤ Bilan de la douleur

Mlle F. présente des douleurs chroniques depuis 5 an qui s'intensifient avec le temps.

Elle décrit une douleur en barre qui se situe à hauteur de L4-L5 prédominante du côté gauche. La douleur est apparue sans facteur déclenchant. Aujourd'hui elle a une douleur de fond permanente d'intensité 5/10 sur l'échelle numérique. Les symptômes débutent au niveau lombaire puis, parfois, irradient à gauche au niveau de la fesse, de la cuisse et du genou en face latérale. (Voir figure n°3 ci-dessous)

La douleur est empirée lorsque la patiente se penche vers l'avant et si elle reste trop longtemps dans la même position, assise, debout ou allongée. La douleur est augmentée lors que Mlle F. se lève d'une chaise et lorsqu'elle a une activité physique, notamment le fait de marcher et courir. La position allongée peut, dans certains cas, lui faire du bien. Parfois elle se sent mieux en mouvement.

La patiente n'observe pas de réelle différence de variation de douleur au cours de la journée. La douleur est dite constante. Toutefois son sommeil est perturbé, elle Quand Mlle F. dort sur le côté elle a mal aux épaules et, sur le dos, la douleur lombaire augmente.

Elle ne présente pas de douleur de type inflammatoire, douleur qui la réveillerait en deuxième partie de nuit.

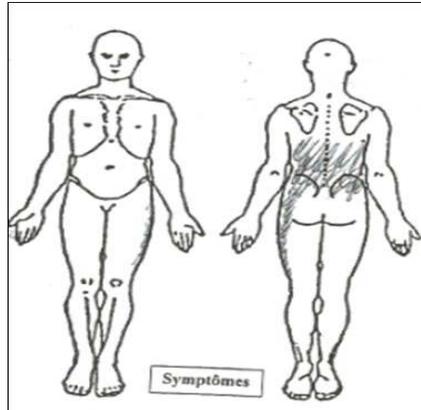


Fig3: Schéma de la douleur de Mme F.

➤ Bilan neurologique

Pas de déficit moteur ni sensitif.

Mme F à un signe de Lasègue positif à gauche à 40°, lorsque qu'elle lève la jambe tendu en décubitus dorsale, la mise en tension du nerf sciatique déclenche sa douleur. A l'inverse en décubitus ventral le signe de Leri qui évoque une cruralgie est négatif.

Le signe de la sonnette, est positif lors de la palpation lombaire et du bassin côté gauche. Ce qui oriente donc le diagnostic vers une atteinte radiculaire.

➤ Bilan des mobilités

On ne note pas de limitation d'amplitude au niveau des membres inférieurs et supérieurs.

Nous avons une bonne mobilité active en flexion avec une distance doigt sol de 0 cm. Légère douleur dès le début de la flexion. Et un test de Schober en flexion égal à 6 cm. (Norme > ou= 4). Il n'est pas rare chez une personne ayant des séquelles de la maladie de Scheuermann d'avoir un test de Schober supérieur à la moyenne.

On observe aussi un méplat au niveau lombaire lors de la flexion.

Mlle F. présente une limitation en flexion latérale droite à cause de la douleur. La distance doigt-sol de 51 cm à droite et seulement de 46 cm à gauche.

En position d'extension face au mur, la distance entre le sternum de la patiente et le mur est de 14 cm. Elle semble légèrement limitée.

➤ Bilan musculaire

Des contractures des muscles para vertébraux sont présentes sur l'ensemble du rachis.

Au test de Shirado qui met en évidence la force des abdominaux la patiente a tenu 54 secondes, la norme chez les femmes est de 85 secondes.

De la même façon le test de Sorensen montre que la patiente a des muscles extenseurs du rachis très peu endurants, elle a tenu 2.12min alors que la norme est de 3min. Une douleur supportable était présente pendant les deux tests, c'est un mélange de fatigue et d'augmentation de la douleur qui l'a fait arrêter

➤ Bilan fonctionnel

Tout ceci a un grand retentissement sur ses activités quotidiennes et professionnelles, de loisir et sociales, mais, d'après elle, cela ne joue pas sur son moral et son anxiété. (Voir annexe n°6 : Questionnaire DALLAS)

Lors de la marche les pieds sont en position d'ouverture et décollent très peu du sol pendant la phase d'oscillation du pas. Elle dit marcher plus lentement qu'avant, et a besoin d'utiliser les accoudoirs pour se lever afin de diminuer la douleur. (Voir annexe 14 : Questionnaire EIFEL) Son score est de 8/24 donc 33% d'incapacité.

➤ Bilan psychologique

Mlle F. est une jeune femme très dynamique et souriante. Elle se plaint très peu et fait beaucoup de choses malgré la douleur. Elle ne semble pas anxieuse ou déprimée. (Cf. Annexe 6). Son métier d'agent d'entretien est très douloureux et ne lui plaît pas. Une procédure est en cours afin qu'elle soit déclarée inapte en tant qu'agent d'entretien dans les trains. L'insatisfaction au travail à été identifié avec un fort niveau de preuve comme facteur de risque de chronicité. (10) .

III.1.2. Bilan McKenzie

Le bilan McKenzie fut effectué le 26/03/2015 par le service de rééducation. (Par ma tutrice de stage Laura MANTEAUX) (cf. Annexe 15)

Lors de l'interrogatoire, on retrouve les mêmes informations, décrites ci- dessus. Les réponses laissent penser à un syndrome de dérangement. En effet on a une personne qui, dans son métier, est souvent penchée vers l'avant. Les mouvements de flexion lui provoquent des douleurs et certaines amplitudes articulaires sont limitées.

La particularité du bilan McKenzie réside dans les tests des mouvements répétés. Ici, lors d'un seul mouvement d'extension, la patiente ressent une centralisation de la douleur. Lorsque le mouvement est terminé il n'y a aucun changement, pas d'amélioration ou d'augmentation de la douleur.

Ensuite, lors de la répétition des mouvements d'extension, la douleur augmente mais se centralise toujours. Après les mouvements d'extension la douleur est empirée mais centralisée. Malgré une augmentation de la douleur celle ci devient plus proximale ce qui est favorable.

Cela semble conforter l'idée du syndrome de dérangement postérieur.

III.1.3. Bilan diagnostique kiné

Mme F. a eu, à l'âge de 7 ans, la maladie de Scheurman. Elle a maintenant 23 ans.

Elle présente des séquelles de cette maladie, sur le rachis thoracique. Avec une cyphose sur la charnière dorso-lombaire et une hyper lordose lombaire avec signes d'hyper pression sur les massifs articulaires avec pincement postérieur des disques L4-L5 et L5-S1.

Elle est limitée en inclinaison latérale droite et en extension.

D'après l'examen « McKenzie », elle aurait un déplacement postérieur du au noyaux du disque inter-vertébrale qui provoquerait ses douleurs.

Elle présente aussi un déficit de force abdominale et des contractures musculaires au niveau des extenseurs du rachis.

En conséquence, la patiente présente une douleur lombaire en barre avec irradiation du côté gauche jusqu'à au genou en face latéral.

Il n'y a aucun drapeau rouge. Présence de signe de tumeur, d'infection, de traumatisme, ou d'inflammation.

Tout ceci entraîne des incapacités : en effet ma patiente ne peut plus marcher aussi vite et aussi longtemps qu'avant, elle doit souvent changer de position, elle ne peut pas rester assise ou debout trop longtemps. Elle peine à se lever d'une chaise et doit prendre appui sur les accoudoirs.

Les douleurs perturbent son sommeil.

Ces différentes déficiences de structure et incapacités fonctionnelles amènent plusieurs handicaps : elle ne peut plus exercer son travail en tant qu'agent d'entretien dans les trains, ni ses loisirs comme l'équitation, ainsi que faire des gros travaux chez elle. Elle est gênée lors des déplacements en voiture. Elle est hospitalisée et cela perturbe ses activités de loisirs et activité sociale (soirées entre amis, sortie, danse, divertissements...)

De plus nous sommes ici dans un contexte particulier de lombalgie chronique chez une personne jeune et qui ne souhaite pas continuer son travail. Il faudra donc être prudent, car il y a un risque de chronicisation important.

(Voir schéma du bilan diagnostique kiné en annexe n° 16)

III. 2. Traitement masso-kinésithérapique et ses principes

III.2.1. Principes

➤ Principes de base :

- Respecter la douleur
- Respecter les appréhensions
- Avoir une progression dans les exercices

➤ Principes liés à la pathologie :

- Ne pas se focaliser seulement sur le marqueur de la douleur, prendre en compte la capacité fonctionnelle.
- Éviter la dépendance du patient au kinésithérapeute.
- Prendre en compte les aspects psycho-sociaux.
- Prise en charge pluridisciplinaire.

III.2.2. Objectifs

➤ Objectifs :

- Lutter contre les douleurs
- Diminuer les contractures musculaires
- Redonner confiance à la patiente
- Lutter contre l'immobilité
- Retour progressif à l'activité
- Éducation thérapeutique
- Rétablir un bon équilibre musculaire
- Correction posturale

➤ Objectifs liés à la méthode McKenzie :

- Réduction du dérangement
- Maintien de la réduction
- Récupération de la fonction
- Prévention des récurrences

III.2.3. Traitement

Le traitement a été essentiellement basé sur la méthode McKenzie, mais, durant son séjour, Mlle F. a eu aussi des séances de massage, de thermothérapie et d'électrothérapie ainsi que de l'activité sportive, de la marche et du vélo elliptique avec l'Animateur en activité physique adaptée. Dans le traitement des patients lombalgiques chroniques une prise en charge multidisciplinaire est recommandée par l'HAS. (12)

➤ Traitement McKenzie :

Le premier objectif va être de réduire le dérangement. Pour cela il y a différentes techniques, les exercices seront fait d'abord en séance de kinésithérapie puis par les patients de façon autonome ce qui leur permet de pouvoir les répéter dans la journée. Un principe important dans cette méthode est la progression des exercices.

Technique N° 1 :

Tout d'abord, Mlle F. s'est allongée sur le ventre avec la tête tournée sur le côté. La position est douloureuse mais avec le temps, environ 5 min, la patiente décrit une centralisation de la douleur.

Technique N°2 :

Ensuite, nous lui avons demandé de redresser le buste et de se mettre sur les coudes et avant bras à l'aplomb des épaules. Il faut que la patiente soit bien relâchée. Ce qui majore l'extension, et évite des douleurs liées à la contraction musculaire. Elle à répété ce mouvement une dizaine de fois. De la même façon, la patiente décrit une centralisation de la douleur.

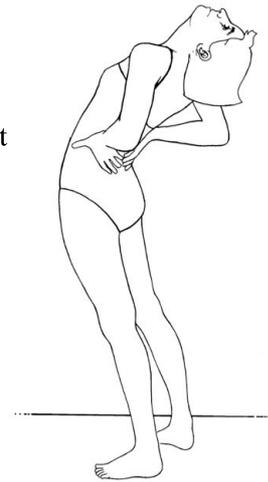
Nous nous sommes arrêtés à cette étape lors de la première séance. Nous avons proposé à la patiente de débiter par une série le matin, une série l'après midi et une le soir. Pour être progressifs et pas trop contraignants au départ. (normalement c'est plus régulier, une série toute les 2h)



Ce qui est important, c'est de maintenir cette correction le plus possible. Notamment lorsque la personne se relève de la table, les effets vont être perdus si la patiente se relève en faisant une flexion. De même si la patiente passe le reste de la journée assise en cyphose lombaire. Il va falloir éduquer la patiente à maintenir une correction posturale à tout moment. On lui a proposé de placer un coussin dans le dos sur le dossier de la chaise, ce qui a diminué ses douleurs.

Technique N° 3 :

Ensuite nous avons demandé à la patiente de placer ses mains sur ses lombaires et de faire des extensions aussi en position debout. Cet exercice est plus facile à répéter la journée que la position allongée. Nous avons proposé à la patiente de le faire après toute station assise prolongée. Mckenzie préconise d'appliquer des forces alternatives, en restant dans le plan de la préférence directionnelle, en variant les positions, en charge, en décharge ou en dynamique et en statique.(20)



III. 3. Résultats et analyse des résultats

Avant de quitter mon stage j'ai demandé à Mlle F de remplir le questionnaire d'incapacité fonctionnelle, qu'elle avait rempli lorsque je l'ai rencontrée. Le 1 avril 2015, après une semaine de traitement, il était toujours avec le même score de 33% d'incapacité. Une semaine plus tard, elle est sortie du centre, je l'ai contactée par téléphone, afin d'avoir des nouvelles, mais les résultats étaient les mêmes. Puis, un mois après, elle me dit avoir continué les exercices un certain temps mais ne voyant pas d'amélioration, elle avait fini par arrêter. Elle dit que rien ne soulage sa douleur et qu'elle va consulter un centre anti douleur.

IV- DISCUSSION

Rappel de la problématique : La méthode McKenzie a-t-elle une efficacité sur l'incapacité fonctionnelle dans le traitement des patients lombalgiques chroniques ?

La méthode McKenzie semble pertinente dans l'amélioration de l'incapacité fonctionnelle des patients lombalgiques chroniques en mettant en avant l'auto-rééducation et l'éducation thérapeutique du patient. Quelle efficacité ressort de la littérature et de la pratique et quelles sont ses limites ?

Plan :

1. Efficacité de la méthode en comparaison avec d'autres thérapies.
2. Limite de la méthode au travers de la prise en charge d'une patiente lombalgique chronique.

IV.1. Efficacité de la méthode McKenzie par rapport à d'autres thérapies.

Nous disposons actuellement de plusieurs études comparant la méthode McKenzie à d'autres traitements dans le cadre de la lombalgie chronique. Lors de la recherche bibliographique, nous avons retenu seulement 5 études. Les autres ne rentraient pas dans les critères d'inclusion soit parce qu'elles mélangeaient les lombalgies aiguës, subaiguës et chroniques, ou parce que les patients souffraient de douleurs depuis moins de 12 semaines ce qui ne correspond pas à la définition de la lombalgie chronique. De même quand elles ne traitaient pas du paramètre d'incapacité fonctionnelle ou que l'intervention McKenzie n'était pas individualisée suivant la préférence directionnelle nous ne les avons pas retenues. Tout d'abord nous allons discuter les résultats obtenus lors des études comparatives entre la méthode McKenzie, la stabilisation spécifique, le renforcement intensif, les relaxants musculaires, l'école du dos et la physiothérapie. (rappel des résultats annexe n°10)

D'après la revue de littérature de Sommenens et al écrite en 2012, à court terme, la méthode McKenzie : « montre une efficacité équivalente à d'autres interventions physiques validées scientifiquement sur le fonctionnement physique (...) chez les patients atteints de lombalgie chronique. » Cependant, seules 3 études contrôlées randomisées et un follow-up ont été retenus. De plus, la qualité méthodologique de ces études est modérée car elles obtiennent un score PEDro inférieur à 7/10.(17)

Deux études (A.Garcia et al 2013 (25) et Murtezanian et al 2015 (26)), de meilleure qualité méthodologique avec un score PEDro à 8/10 pour les deux, comparent la méthode McKenzie respectivement à la méthode de l'école du dos et à la physiothérapie en faisant apparaître une réduction de l'invalidité avec un avantage pour la méthode McKenzie à court terme. Ce qui vient confirmer l'hypothèse de N. Sansonnens et al. La différence est particulièrement nette dans la comparaison avec la physiothérapie.

L'évaluation de la méthode McKenzie par rapport à l'école du dos montre des résultats

en faveur de la méthode McKenzie, méthode individualisée par rapport à une méthode de groupe. Mais ce résultat est à relativiser cependant car certains patients, en fonction de leur personnalité, pourraient être plus réceptifs et motivés par un traitement de groupe alors que d'autres seraient plus à l'aise avec un traitement personnalisé et individuel. En pratique, il conviendrait donc de prendre en compte la psychologie du patient afin de choisir la méthode utilisée.

Mohammad Hosseinifa et al en 2013, établit à contrario, que comparée à des exercices de stabilisation la méthode McKenzie est moins efficace. Cependant l'étude n'était méthodologiquement pas correcte. L'intervention n'était pas individualisée, tous les patients avaient les mêmes exercices, quels que soient leurs syndromes, ce qui ne correspond pas à la méthode McKenzie. Je n'ai donc pas pu retenir cette étude.(31)

Nous allons maintenant discuter des études comparant la méthode McKenzie à un « traitement classique » ou « standard ». D'après l'étude de Szulc et al en 2015, la méthode McKenzie semble plus efficace, qu'elle soit seule ou accompagnée d'un traitement d'énergie musculaire, qu'un traitement classique. (28)Cependant l'étude peut être nuancée, car elle a un score PEDro de 4/10, avec une population de 20 patients par groupe. Donc, il y a un risque pour que les résultats soient biaisés. De plus, une autre étude, celle de S. Moncelon et al en 2014, ne retrouve pas de différence significative entre un traitement McKenzie et un traitement classique en faveur du traitement classique. Elle constate aussi que contrairement au traitement classique avec la méthode McKenzie aucun sujet ne s'est dégradé. Mais cette étude est aussi à nuancer car elle a une faible puissance avec seulement 14 patients. Il est important de préciser, que les deux études présentent des traitements « classique » différents. Suivant ce que l'on appelle traitement classique les résultats peuvent varier.

La lombalgie est un phénomène multifactoriel, combiner plusieurs traitements pourrait être pertinent. L'étude de Szulc et al, présentée dans la recherche bibliographique à montré que dans l'amélioration de la fonction il n'y avait pas de différence lorsque l'on combinait un traitement McKenzie et d'énergie musculaire. Cependant, il y a une diminution plus importante de la douleur (qui est significative) dans ce groupe combiné que dans les deux traitements seuls. Dans cette étude les patients ont tous fait le même programme d'exercice en extension cependant elle ne précise pas si les patients ont un syndrome de dérangement postérieur ou antérieur. Si certains ont un syndrome de dérangement antérieur ce sont des exercices en flexion qu'il aurait fallu faire. Des recherches sont donc à continuer pour savoir si des traitements combinés seraient efficaces.

La durée des interventions et des évaluations constituent une limite inhérente à presque toutes ces études. En effet, l'étude de A. Narciso Garcia, propose une intervention de 4 semaines avec une évaluation jusqu'à 6 mois. Celle A. Murtezani la même intervention mais avec une évaluation à 3 mois. Une seule étude proposait une évaluation à 1 an, mais elle n'a pas pu être retenue car les patients étaient douloureux depuis seulement 6 semaines, et la définition de la lombalgie chronique est de 12 semaines. La lombalgie chronique est une pathologie installée dans la durée et on suppose donc que si les symptômes diminuent cela va prendre du temps, d'où l'intérêt de faire des évaluations à long terme. Aucun résultat ne permet de conclure pour le moment sur cette efficacité du traitement. Ce qui apparaît dans la revue de littérature de N. Sansonnens écrite en 2012. Dans ce cas les études retenues portaient sur des interventions de 4, 6 semaines avec, pour une d'entre elles, une évaluation à 14 mois.

De plus, les études sont toutes en simple insu, les thérapeutes et les patients n'étant pas aveuglés et sachant qui est dans quel groupe, d'où un risque de biais.

Actuellement aucune étude n'a comparé la méthode McKenzie à un traitement placebo dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. Une future étude, initiée par Alessandra Narciso Garcia et al, prévue sur 12 mois est en cours, on y projette de comparer un groupe avec un traitement McKenzie face à un groupe avec des ultrasons débranchés.

La méthode McKenzie a une efficacité équivalente voire supérieure à d'autres thérapies, à court et à moyen terme. Mais il manque d'études à long terme pour confirmer l'efficacité de la méthode dans le traitement de la lombalgie chronique. Les études sélectionnées postérieures, à la revue de littérature de 2012, tendent à confirmer, voire à amplifier l'efficacité de la méthode.

IV.2. Les limites de l'efficacité de la méthode au travers de la prise en charge d'une patiente lombalgique chronique.

La méthode présente un intérêt certain, en particulier grâce à l'autonomie du patient apportée par l'auto-rééducation, l'éducation thérapeutique et le traitement suivant la préférence directionnelle. De plus la littérature nous indique qu'elle est efficace à court et à moyen terme. L'étude du cas de Mlle F, jeune patiente présentant une lombalgie chronique, amène à se questionner d'un point de vue pratique et faire ressortir les limites de la méthode.

D'après le bilan McKenzie de Mlle F, elle présente une préférence directionnelle avec une centralisation de la douleur lors des mouvements d'extension. On aurait pu s'attendre à des résultats satisfaisants. Cependant les résultats observés lors de ma prise en charge, n'ont pas permis de constater d'effets positifs chez Mlle F. après un traitement de deux semaines selon la méthode McKenzie. Son score fonctionnel est resté de 33%. (Score EIFFEL), à court et à moyen terme. On peut s'interroger sur les raisons de cette inefficacité et considérer qu'elle n'est peut-être pas due seulement à la méthode en elle-même mais à d'autres paramètres à prendre en compte.

Antécédents de Scheuermann:

Mlle F, présente des séquelles de la maladie de Scheuermann c'est une dystrophie de croissance qui entraîne une cunéiformisation des vertèbres dorsales, générant une hypercyphose. (32) On peut s'interroger sur l'application de la méthode à ce type de patients. Aucune étude n'a été publiée évaluant la méthode McKenzie sur une population spécifiquement atteinte de séquelle de cette pathologie. L'enraidissement de la charnière dorsolombaire séquellaire à la maladie de Scheuermann entraîne, une hyperlordose compensatrice et un hyper fonctionnement des étages rachidiens sous-jacents lombo-sacrés. On comprend mieux ainsi que des troubles de type lombalgie puissent survenir plus rapidement au niveau des étages les plus sollicités en amplitude. On peut émettre l'hypothèse que, dans le cas de ma patiente, l'hyper sollicitation a entraîné un syndrome de dérangement. La méthode McKenzie serait susceptible de résoudre ce

dérangement. Cependant on peut s'attendre à ce que l'amélioration ne dure pas dans le temps car la cyphose thoracique est d'origine osseuse et le praticien peut difficilement y remédier. En conséquence l'hyperlordose et l'hypermobilité compensatrice seront toujours présentes. La cause ne sera pas éliminée, seulement la conséquence.

L'arthrose :

De même Mlle F présentant des signes d'arthrose des articulaires postérieurs, il peut paraître contradictoire de la soigner avec un traitement McKenzie, en fonction de la préférence directionnelle, par des exercices en extension. On ne sait pas si c'est l'arthrose qui induit la symptomatologie de la patiente. D'après JP.Valat « aucune association n'a été démontrée entre lombalgie et arthrose apophysaire postérieure »(33) De nombreux patients présentent des signes radiologiques d'arthrose sans forcément avoir de symptôme douloureux et inversement. Il est difficile de faire un lien précis entre ces deux phénomènes. L'étude de Kulish et al, par stimulation électrique ou manuelle sur les différents tissus du dos, a montré que les facettes articulaires postérieures étaient parfois sensible mais ne provoquaient pas les symptômes typiques, rarement des douleurs projetées et jamais dans le membre inférieur. Contrairement à la stimulation discale. (34) En effet, Eubanks JD précise que la prévalence de l'arthrose articulaire postérieure n'est pas différente chez les lombalgiques et les sujets indemnes, quel que soit l'âge, le sexe ou l'indice de masse corporelle. (35) Il semble difficile de se fier à la correspondance entre la radiographie et la douleur. Il paraît plus judicieux pour le praticien de faire confiance aux signes cliniques pour établir son traitement. De ce fait même si il y a présence d'arthrose facettaire sur l'imagerie, si la préférence directionnelle est en extension il est adapté de faire des exercices dans ce sens. D'où l'importance d'un examen clinique précis.

Les facteurs psychosociaux professionnels :

La méthode McKenzie va permettre de différencier les lombalgies mécaniques des lombalgies d'origine non mécanique. Ainsi certaines lombalgies chroniques pourront être traitées car elles étaient en fait tout simplement dues à un problème discal non résolu. Et cela permet donc de différencier les lombalgies pour lesquelles il faudra se concentrer plus particulièrement sur le reconditionnement et les facteurs psychosociaux.

Si l'origine de la lombalgie est plutôt « psycho-socio-professionnelle » l'éducation thérapeutique va produire un effet positif. Mais si ces facteurs sont trop présents la méthode McKenzie ne suffira pas. L'HAS, préconise dans le traitement des patients lombalgiques chronique des thérapies comportementales. Généralement les douleurs de ses patients sont une combinaison de ces facteurs, mécaniques et psychosociaux. Ainsi, combiner, les deux types de thérapies pourraient être profitables. La comparaison entre une prise en charge mixte (méthode McKenzie et thérapie comportementale) et les traitements unique McKenzie ou thérapie comportementale serait intéressante.

En ce qui concerne Mlle F, rappelons qu'elle ne souhaite plus travailler en tant qu'agent d'entretien et qu'une procédure est en cours afin qu'elle soit déclarée inapte à l'exercice de cette profession. Elle présente donc un drapeau jaune qui aurait pu, consciemment ou inconsciemment limiter l'efficacité du traitement.

Mais il ne faut pas tomber dans l'excès inverse et , en se focalisant sur les facteurs psychosociaux-professionnels prendre le risque de passer à côté d'une lombalgie dont les causes mécaniques n'auraient pas été suffisamment explorées. (36)

Nous constatons ainsi que pour certains types de lombalgie la méthode McKenzie peut être limitée. Une question se pose alors: c'est existe t-il un profil type de patient répondant le mieux à cette méthode? Une étude a entrepris d'y répondre, celle de Petersen et al.(37) qui à tenté de le définir en étudiant certaines caractéristiques, comme l'âge, la durée de la douleur, la présence ou non d'irradiation. Il en ressort qu'il n'y a pas de différence dans le succès de celle ci, que les patients aient plus de 40 ans ou moins de 40 ans, que la durée des symptômes soit de plus d'un an ou non, que la douleur dans la jambe soit modérée ou non et quel que soit leur sexe. Des différences peuvent être observées mais pour le moment aucun résultat significatif n'a permis de dire si un de ces critères avait une influence sur la réponse à la méthode. Des études restent à poursuivre pour établir sur quel type de lombalgie chronique la méthode a le plus d'effet.

Le cas de Mlle F à permis de se questionner sur les limites éventuelles de la méthode McKenzie. Cependant l'échec du traitement de Mlle F, peut aussi être expliqué par les limites liées à ma prise en charge.

Limites liées à la formation:

Il existe probablement des limites liées à un manque d'expérience et de formation. En effet je ne suis pas formée à la méthode et ma tutrice de stage venait tout juste de l'être. De plus, elle n'avait effectué qu'un module de la formation qui en comporte quatre. Nous n'avons peut être pas toutes les informations pour établir un bon diagnostic. La complexité de ce cas requerrait probablement une expérience supérieure à la notre sur la méthode McKenzie. Tous ces éléments ont pu biaiser le diagnostic et le traitement en conséquence.

Les limites liés au traitement:

La durée de la prise en charge fut très courte, seulement 2 semaines. Il est difficile sur un temps aussi court de savoir si la méthode aurait pu être efficace. Une réévaluation et une adaptation du traitement aurait été nécessaires.

De plus, un travail en fin d'amplitude d'extension n'a pas été effectué ainsi qu'un travail de progression des forces comme le préconise McKenzie, s'il ni a pas d'évolution des symptômes, après avoir fait des extensions auto-passives. Ensuite, il faudra rajouter des surpressions exercées par le patient. Puis des surpressions exercées par le masseur kinésithérapeute. Pour terminer dans certains cas il peut être nécessaire de procéder à des manipulations, mais c'est rare. La surpression du kinésithérapeute lors des exercices d'extension chez Mlle F n'a pas non plus été explorée.

Il a été prescrit lors de la prise en charge, un traitement antalgique complémentaire à la méthode McKenzie, ainsi que de l'activité physique. Le résultat du test (shirado) montre chez Mlle F une faiblesse abdominale, et des muscles du rachis, qui est souvent retrouvée chez les patients lombalgiques chroniques. Rappelons, que la patiente se tient en hyper lordose. Un travail musculaire des abdominaux, et des muscles spinaux, des muscles profonds et du maintien postural (auto-grandissement) serait à envisager. L'étude de Tom Petersen en 2002 a tenté de comparer la McKenzie à un traitement par renforcement intensif et montrent que McKenzie est plus intéressant, dans le traitement des lombalgies chroniques de manière significative à court terme. Une autre étude comparant la méthode McKenzie à un traitement par du travail de contrôle moteur est en cours.(38) En pratique il pourrait être intéressant de

commencer le traitement par du massage, afin de diminuer les tensions musculaires, ensuite des exercices Mckenzie pour libérer les structures. Et terminer, par un travail de renforcement musculaire, de posture et d'ergonomie rachidienne pour permettre un maintien des résultats et éviter les récives.(18)

La non-observance :

La méthode Mckenzie est basée essentiellement sur des exercices d'auto-rééducation. Il est difficile de savoir si Mlle F a véritablement effectué ses exercices après le traitement et avec quelle assiduité. Elle indique avoir continué les exercices quelques jours après son départ du service, pour finalement arrêter au bout de quelques semaines car elle ne voyait pas d'évolution positive.

Une des limites de la méthode réside dans la non-observance des patients que le kinésithérapeute peut difficilement contrôler. L'étude de F. Genêt et al portant sur l'efficacité et l'observance d'un programme d'auto-rééducation dans la lombalgie chronique montre qu'à 1 an la moitié des patients ne font plus leurs exercices à domicile. Dans cette étude on remarque au départ un effet positif de l'auto-rééducation avec une diminution de l'incapacité fonctionnelle jusqu'à 3 mois puis une stabilisation des effets, suivie d'une inversion de la tendance. (39) On peut aussi imaginer qu'après 3 mois, si le patient retrouve une certaine capacité fonctionnelle, il soit moins assidu dans la pratique de ses exercices ou que, comme c'est le cas chez Mlle F, le patient par découragement cesse le traitement. Certains patients ne perçoivent pas immédiatement les progrès. On pourrait envisager d'agir sur leur motivation en établissant des rendez vous réguliers pour les aider à évaluer leur progression, ou réadapter le traitement si besoin. Il faut un minimum de motivation du patient dans ce type de traitement. Contrairement à des techniques passives, l'auto-traitement s'adresse à des personnes ayant une capacité de compréhension minimale et parlant la même langue.(40) De plus, les exercices étant à répéter souvent, si la personne conserve une activité professionnelle, si elle a un emploi du temps chargé elle ne trouvera pas le temps de faire les exercices de façon régulière.

CONCLUSION

Actuellement les recommandations scientifiques concernant la lombalgie chronique ne sont pas clairement définies, ce qui met en difficulté les praticiens dans la prise en charge de ce type de patients. La méthode McKenzie présente, dans le traitement de ces personnes, sur l'amélioration des capacités fonctionnelles, des résultats équivalents, voire supérieurs aux autres thérapies sur le court et le moyen terme. Malheureusement les études portant sur le long terme et permettant de réellement valider cette méthode manquent encore. Ainsi que des résultats comparant la méthode McKenzie à un placebo.

La lombalgie chronique est un symptôme douloureux complexe dont le diagnostic précis est encore flou. De ce fait, les études testent des traitements sur des populations de patients d'une grande hétérogénéité. La recherche doit s'orienter vers une classification en sous groupes plus précis et restreints afin d'obtenir des résultats plus probants et permettre au kinésithérapeute d'assurer une meilleure prise en charge de ses patients.

La méthode McKenzie présente un intérêt certain grâce à ses techniques d'auto-traitement et d'éducation thérapeutique. Maintenant, afin que le traitement soit plus efficace, des recherches sont à continuer sur la manière dont le kinésithérapeute peut gérer la non-observance des patients. Le cas clinique permet de démontrer que la méthode McKenzie ne suffit pas à elle seule dans certains cas, qu'il est nécessaire de s'adapter selon les spécificités du patient et de combiner cette méthode avec d'autres thérapies. Pour une prise en charge optimale des patients il convient de se baser sur les meilleures preuves issues de la recherche scientifique, l'expérience clinique du praticien tout en tenant compte des préférences du patient cette démarche est appelée «Evidence-based-practice» et est de plus en plus recommandée dans la pratique clinique.

La lombalgie chronique est une entité multifactorielle. Afin de cerner au mieux l'évolution des patients ce travail devra être complété par l'étude d'autres paramètres, pas seulement l'incapacité fonctionnelle mais aussi la douleur, la qualité de vie et le fonctionnement émotionnel.

Il serait intéressant de savoir si la méthode McKenzie peut avoir un effet préventif sur la chronicité des lombalgies aiguës en initiant des études comparant les pourcentages de patients devenant chroniques en fonction de la thérapie qui leur a été appliquée.

A l'heure où la chirurgie est de plus en plus controversée dans le traitement des patients lombalgiques chroniques, la kinésithérapie va prendre une place de plus en plus importante. Cependant il convient qu'elle fasse la preuve de son efficacité. La méthode McKenzie est une technique qui fait l'objet d'un grand nombre de publications et suscite l'intérêt de nombreux praticiens, à ce titre elle a un rôle à jouer, et sera sans doute amenée à se développer.

BIBLIOGRAPHIE

1. <http://www.inpes.sante.fr/>.
2. <http://www.inrs.fr/>.
3. Sagi G. Historique et principes de la méthode McKenzie. Juillet 2005;(N° 43):p. 13-36.
4. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalité de prescription. HAS. mai 2005;
5. Coulomb A. Recommandations pour les carcinomes basocellulaires. In: Annales de Dermatologie et de Vénérologie. Elsevier Masson; 2004. p. 661-2.
6. Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back pain. Spine. 1987;12(7):632-44.
7. Koes BW, Van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. Br Med J. 2006;7555:1430.
8. Thomas E, Silman AJ, Croft PR, Papageorgiou AC, Jayson MI, Macfarlane GJ. Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. Bmj. 1999;318(7199):1662-7.
9. Croft P, Papageorgiou A, McNally R. low back pain-Health care needs assesement. Radcliffe Medical press Oxford; 1997.
10. Nguyen C, Poiraudau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Rev Rhum. juin 2009;76(6):537-42.
11. Fournier N. Red flags, yellow flags, questionnaires d'évaluation et place de la kinésithérapie au sein du processus de diagnostic standardisé de la lombalgie non spécifique. Kinésithérapie Rev. mai 2015;15(161):37-44.
12. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. ANAES. 2000;
13. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalité de prescription. HAS. mai 2005;
14. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J. mars 2006;15(S2):s192-300.

15. Rossignol M, Rozenberg S, Leclerc A. Épidémiologie des lombalgies : quoi de neuf? 2009.
16. Gedda M. La méthode Mckenzie. Dossier. KINÉSITHÉRAPIE Ann. Juillet 2005; (N°43):p. 13-36.
17. Sansonnens N, Kunzler F, Bron C, Vassant M, Allet L. La méthode Mckenzie est-elle efficace à court et à long terme pour le traitement des lombalgiques chroniques ? revue systématique de littérature. Kinésithérapie Rev. 13(137):30-7.
18. DUFOUR X, CÉRIOLI A. Méthode McKenzie et hernie discale, pour une approche pragmatique. [cité 25 avr 2016]; Disponible sur: <http://itmp.fr/wp-content/uploads/KS529P11.pdf>
19. Frih ZBS, Fendri Y, Jellad A, Boudoukhane S, Rejeb N. Efficacy and treatment compliance of a home-based rehabilitation programme for chronic low back pain: A randomized, controlled study. Ann Phys Rehabil Med. juill 2009;52(6):485-96.
20. Sagi G, Boudot P, Vandeput D. La méthode McKenzie : Diagnostic et thérapie mécanique du rachis et des extrémités. Kinésithérapie- Médecine physique- Réadaptation. EMC 2011;26:76-10.
21. May S, Aina A. Centralization and directional preference: a systematic review. Man Ther. 2012;17(6):497-506.
22. Donnelson D. Centralization phenomenon : its usefulness in evaluating and treating referred pain. Spine. 1989;15(3):p 211-213.
23. Ron Donelson. La méthode McKenzie de prise en charge des douleurs lombaires mécaniques 1ère partie : évaluation et classification. Rev Médecine Orthopédique. mars 2000;(N° 60).
24. Lehman G. Education à la douleur pour patients et thérapeutes. Canada; 2014. 31 p. (Pain Science Education Series).
25. Garcia AN, Costa L d. CM, da Silva TM, Gondo FLB, Cyrillo FN, Costa RA, et al. Effectiveness of Back School Versus McKenzie Exercises in Patients With Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. Phys Ther. 1 juin 2013;93(6):729-47.
26. Murtezani A, Gobori V, Meka V, Ibraimi Z. A comparison of Mckenzie therapy with electrophysical agents for the treatment of work related low back pain : A randomized controlled trial. J Back Musculoskelet Rehabil. août 2014;(28):247-53.
27. Moncelon S, Otéro J. Méthode Mckenzie et lombalgiques chroniques avec Préférence Directionnelle. Kinésithérapie Rev. 15(160):31-7.

28. Szulc P, Wendt M, Waszak M, Tomczak M, Cieřlik K, Trzaska T. Impact of McKenzie Method Therapy Enriched by Muscular Energy Techniques on Subjective and Objective Parameters Related to Spine Function in Patients with Chronic Low Back Pain. *Med Sci Monit.* 2015;21:2918-32.
29. Petersen T, Kryger P, Ekdahl C, Olsen S, Jacobsen S. The effect of McKenzie therapy as compared with that of intensive strengthening training for the treatment of patients with subacute or chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Spine.* 2002;27(16):1702-9.
30. Miller ER, Schenk RJ, Karnes JL, Rousselle JG. A Comparison of the McKenzie Approach to a Specific Spine Stabilization Program for Chronic Low Back Pain. *J Man Manip Ther.* avr 2005;13(2):103-12.
31. Hosseinifar M, Akbari M, Behtash H, Amiri M, Sarrafzadeh J. The effects of stabilization and McKenzie exercises on transverse abdominis and multifidus muscle thickness, pain, and disability: a randomized controlled trial in nonspecific chronic low back pain. *J Phys Ther Sci.* 2013;25(12):1541-5.
32. Marty C, Tassin J. Maladie de Scheuermann ou dystrophie rachidienne de croissance. *Lett Rhumatol.* avril 1999;(n° 251).
33. Valat J-P, Sylvie Rozenberg. Arthrose lombaire et lombalgie. *Rev Rhum Monogr.* février 2011;78(1):pages 17-21.
34. Kuslich S, al. The tissue origin of low back pain and sciatica: a report of pain response to tissue stimulation during operations on the lumbar spine using local anesthesia. *Orthop Clin North Am.* avril 1991;22(2).
35. Eubanks J, Lee M, Cassinelli E. Prevalence of lumbar facet arthrosis and its relationship to age, sex and race: an anatomic study of cadaveric specimens. *Spine.* 2007;(32):2058-62.
36. Plantin A. Lombalgies : diagnostic et traitement selon les recommandations de l'APTA. *Kinésithérapie Rev.* avr 2016;16(172):30-9.
37. Petersen T, Christensen R, Juhl C. Predicting a clinically important outcome in patients with low back pain following McKenzie therapy or spinal manipulation: a stratified analysis in a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. déc 2015 [cité 6 mai 2016];16(1). Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/16/74>
38. Halliday MH, Ferreira PH, Hancock MJ, Clare HA. A randomized controlled trial comparing McKenzie therapy and motor control exercises on the recruitment of trunk muscles in people with chronic low back pain: a trial protocol. *Physiotherapy.* juin 2015;101(2):232-8.

39. Genêt F, Poiraud S, Revel M. Eude de l'efficacité et de l'observance à un an d'un programme court de rééducation assorti d'un auto-programme dans la lombalgie chronique. Ann Réadapt Médecine Phys. 2002;45:265-72.
40. <http://www.mckenzie.fr/>.

ANNEXES

SOMMAIRE

ANNEXE N° I : Questionnaire FABQ	3
ANNEXE N°II : Tableau récapitulatif des facteurs de risque de chronicité. (10)	4
ANNEXE N° III : Niveau de preuve et grade de recommandation selon l'ANAES	5
ANNEXE N° IV : Tableau récapitulatif des recommandations de l'HAS dans le traitement des lombalgies chroniques.	6
ANNEXE N° V : Questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle	7
ANNEXE N° VI : Questionnaire de DALLAS	9
ANNEXE N° VII : Questionnaire OSW	14
ANNEXE N° VIII : SCHEMA DES ETAPES DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	17
ANNEXE N° IX : Description des études de la revue de littérature de N. Sansonnens et al de 2012	19
ANNEXE N°X : Récapitulatif des résultats des études retenues.	20
ANNEXE N°XI : Radiographies	21
ANNEXE N°XII : Bilan morphostatique	25
ANNEXE N°XIII : Tableau 1 : mesure des flèches sagittales	27
ANNEXE N°XIV : Echelle d'incapacité fonctionnelle	28
ANNEXE N°XV : Bilan Mckenzie	30
ANNEXE N° XVI : diagnostic kinésithérapique	32

ANNEXE N° I : Questionnaire FABQ

2.2.5 *Évaluation individuelle face à la douleur* : Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)*

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur. Pour chaque remarque, veuillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos.

	Absolument pas d'accord avec la phrase	Partiellement d'accord avec la phrase	Complètement d'accord avec la phrase
FABQ PHYSIQUE			
1	0	1 2 3 4 5	6
2	0	1 2 3 4 5	6
3	0	1 2 3 4 5	6
4	0	1 2 3 4 5	6
5	0	1 2 3 4 5	6
FABQ TRAVAIL			
<i>Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos :</i>			
6	0	1 2 3 4 5	6
7	0	1 2 3 4 5	6
8	0	1 2 3 4 5	6
9	0	1 2 3 4 5	6
10	0	1 2 3 4 5	6
11	0	1 2 3 4 5	6
12	0	1 2 3 4 5	6
13	0	1 2 3 4 5	6
14	0	1 2 3 4 5	6
15	0	1 2 3 4 5	6
16	0	1 2 3 4 5	6

TOTAL DES ITEMS

Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, score qui s'étend de 0 à 42)

Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, score qui s'étend de 0 à 24)

Références :

Waddell G. et al., 1993.

*Version française : Chaory K. et al., 2004.

ANNEXE N°II : Tableau récapitulatif des facteurs de risque de chronicité. (10)

Tableau 1
Facteurs de risque de chronicisation dans la lombalgie.

FDR de chronicisation	Niveau de preuve
<i>Facteurs individuels</i>	
Âge élevé	***
Antécédent de lombalgie	***
Sciatique	***
Sévérité de l'incapacité fonctionnelle	***
Durée de la lombalgie	***
Sexe féminin	**
ATCD de chirurgie lombaire	**
Mauvais état général avec arrêt maladie	**
Autre douleur musculosquelettique	**
Intensité de la douleur	**
Statut social non satisfaisant	**
Statut psychologique global	**
Capacité à « faire avec » = <i>coping</i>	**
Dépression	**
Avis global du médecin	**
<i>Facteurs professionnels</i>	
Insatisfaction au travail	***
Indemnisation	**
Arrêt de travail > 8 jours	**
Mauvaise posture au travail	**
Durée de port des charges	**
Absence de poste aménagé	**
Faible qualification professionnelle	**
Inadéquation du salaire	**

ANNEXE N° III : Niveau de preuve et grade de recommandation selon l'ANAES
--

Niveau de preuve	Grade de recommandation
Niveau 1	
Essais comparatifs randomisés de forte puissance	Grade A
Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés	Preuve scientifique établie
Analyse de décision basée sur des études bien menées	
Niveau 2	
Essais comparatifs randomisés de faible puissance	Grade B
Études comparatives non randomisées bien menées	Présomption scientifique
Études de cohorte	
Niveau 3	
Études cas-témoins	Grade C
	Faible niveau de preuve
Niveau 4	
Études comparatives comportant des biais importants	
Études rétrospectives	
Séries de cas	

ANNEXE N° IV : Tableau récapitulatif des recommandations de l'HAS dans le traitement des lombalgies chroniques.

Tableau récapitulatif des traitements et de leur efficacité dans la lombalgie chronique selon leur grade de recommandation

Modalité thérapeutique	Critère de jugement	Grade de la recommandation	Recommandation
Exercices physiques	Douleur	Grade B	Recommandés
Programmes multidisciplinaires	Douleur, fonction et réinsertion professionnelle	Grade B	Recommandés
Thérapies comportementales	Douleur	Grade C	Recommandées
Paracétamol	Douleur	Non évalué	Peut être proposé
École du dos	Douleur	Pas d'efficacité isolément Grade B si associée à des exercices physiques	Peut être proposée en association avec des exercices physiques
Manipulations vertébrales	Douleur	Grade B	Peuvent être proposées
Thermalisme	Douleur et fonction	Grade B	Peut être proposée à visée antalgique et pour restaurer la fonction
Antalgiques opioïdes (niveau II)	Douleur	Grade B	Peuvent être proposés à visée antalgique
Myorelaxants (tétrazépam)	Douleur	Grade B	Peuvent être prescrits à visée antalgique (courte durée)
Balnéothérapie	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique
TENS	Douleur	Grade C	Peuvent être proposés à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
Électro-acupuncture	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
AINS (doses anti-inflammatoires)	Douleur	Grade C	Peuvent être prescrits à visée antalgique (courte durée)
Massages	Douleur	Efficacité non démontrée	Peuvent être proposés en début de séance
Acide acétylsalicylique	Douleur	Non évalué	Peut être proposé à visée antalgique (courte durée)
AINS (doses antalgiques)	Douleur	Non évalués	Peuvent être prescrits (information du patient sur les risques digestifs)
Acupuncture	Douleur	Efficacité non démontrée	Peut être proposée

Recommandations

L'exercice physique est efficace à court terme dans le traitement à visée antalgique et fonctionnelle de la lombalgie chronique par rapport à l'absence de traitement ou à un placebo (grade B).

Il est impossible de conclure sur l'éventuelle supériorité d'un type d'exercice par rapport à l'autre (flexion ou extension), les résultats des études existantes, de faible qualité, étant contradictoires.

<p style="text-align: center;">ANNEXE N° V : Questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle</p>

Questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle

(Version française du Roland and Morris Disability Questionnaire - EIFEL) ¹

Nom, prénom : Date : .. / .. / 200 .

Nous aimerions connaître les répercussions de votre douleur lombaire sur votre capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne.

Dans ce but, une liste de phrases vous est proposée sur la page suivante.

Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire.

Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes **aujourd'hui** à cause de votre douleur lombaire

Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte **aujourd'hui**, cochez-la.

Dans le cas contraire, laissez un blanc et passez à la phrase suivante.

Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-mé
aujourd'hui

1. Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos.
2. Je change souvent de position pour soulager mon dos.
3. Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos.
4. A cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison.
5. A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers.
6. A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer.
7. A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil.
8. A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place.
9. cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude.
10. Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos.
11. A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller.
12. A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise.
13. J'ai mal au dos la plupart du temps.
14. A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit.
15. J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos.
16. A cause de mon dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/colants).
17. Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos.
18. Je dors moins à cause de mon mal de dos.
19. A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller.

ANNEXE N° VI : Questionnaire de DALLAS

Nom : <u>Frent</u>	Étiquettes du patient
Prénom : <u>Kubstall</u>	
Date de naissance : <u>13 avril 1992</u>	
Service :	
Hôpital/Centre MPR :	
Examineur :	
Date du jour : <u>13 avril 2015</u>	

Auto-questionnaire de Dallas (douleur du rachis)

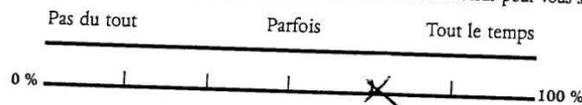
À lire attentivement : ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses.

Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue (de 0 % à 100 % chaque extrémité correspondant à une situation extrême).

Activités quotidiennes

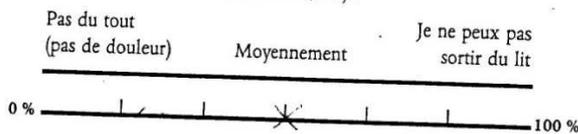
1 La douleur et son intensité

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?



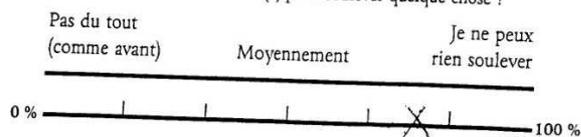
2 Les gestes de la vie quotidienne

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de la vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc.) ?



3 La possibilité de soulever quelque chose

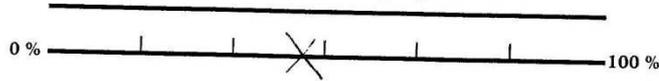
Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?



4 La marche

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?

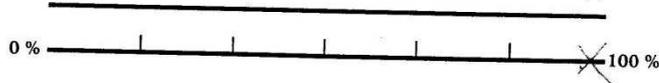
Je marche Presque
comme avant comme avant Presque plus Plus du tout



5 La position assise

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

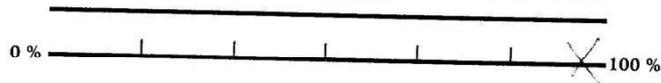
Pas du tout Je ne peux pas
(pas d'aggravation rester assis(e)
de la douleur) Moyennement



6 La position debout

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

Pas du tout Je ne peux pas
(je reste debout rester debout
comme avant) Moyennement



7 Le sommeil

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

Pas du tout Je ne peux pas
(je dors dormir du tout
comme avant) Moyennement



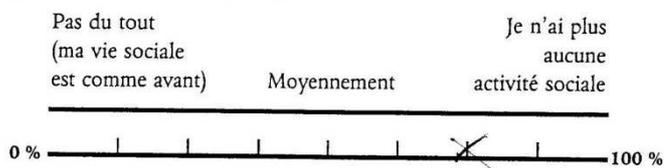
TOTAL x 3 = [] % de répercussion sur les activités quotidiennes

2 / 5

Activités professionnelles et de loisirs

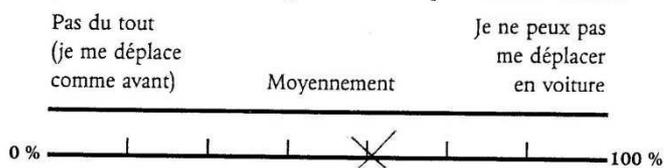
8 Activité sociale

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danser, jeux et divertissements, repas ou soirées entre amis, sortie, etc. ?



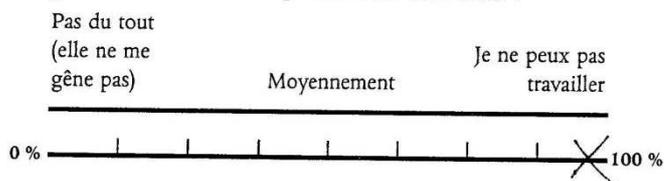
9 Les déplacements en voiture

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?



10 Les activités professionnelles

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?



TOTAL x 5 = [] % de répercussion sur le rapport activités professionnelles/loisirs.

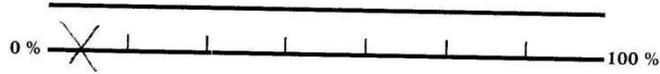
3 / 5

Anxiété/dépression

11 L'anxiété/le moral

Dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?

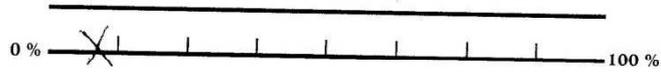
Je fais face
entièrement
(pas de changement) Moyennement Je ne fais
pas face



12 La maîtrise de soi

Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?

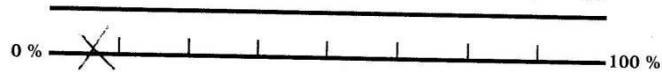
Je les contrôle
entièrement Moyennement Je ne les contrôle
pas du tout



13 La dépression

Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?

Je ne suis
pas déprimé(e) Je suis complètement
déprimé(e)



TOTAL x 5 = % de répercussion sur le rapport anxiété/dépression.

ANNEXE N° VII : Questionnaire OSW

Évaluation de l'Incapacité Fonctionnelle (Oswestry Disability Index)

Section 1	
Intensité de la douleur	
En ce moment, je ne ressens aucune douleur	0
En ce moment, j'ai des douleurs très légères	1
En ce moment, j'ai des douleurs modérées	2
En ce moment, j'ai des douleurs assez intenses	3
En ce moment, j'ai des douleurs très intenses	4
En ce moment, les douleurs sont les pires que l'on puisse imaginer	5
Section 2	
Soins personnels (se laver, s'habiller, etc.)	
Je peux effectuer normalement mes soins personnels sans douleurs supplémentaires.	0
Je peux effectuer normalement mes soins personnels, mais c'est très douloureux	1
Je dois effectuer mes soins personnels avec précaution et lenteur, et je ressens des douleurs.	2
J'ai besoin d'aide pour les soins personnels, mais j'arrive encore à effectuer la plus grande partie de ceux-ci seul(e)	3
J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart de mes soins personnels	4
Je ne peux plus m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit	5
Section 3	
Soulever des charges	
Je peux soulever des charges lourdes sans augmentation des douleurs	0
Je peux soulever des charges lourdes, mais cela occasionne une augmentation des douleurs.	1
Les douleurs m'empêchent de soulever de lourdes charges depuis le sol, mais cela reste possible si elles sont sur un endroit approprié. (par ex : sur une table)	2
Les douleurs m'empêchent de soulever des charges lourdes, mais je peux en soulever de légères à modérées si elles sont sur un endroit approprié	3
Je ne peux soulever que de très légères charges	4
Je ne peux rien soulever, ni porter du tout	5
Section 4	
Marche	
Les douleurs ne m'empêchent pas de marcher, quelle que soit la distance.	0
Les douleurs m'empêchent de marcher au delà de 1 km.	1
Les douleurs m'empêchent de marcher au delà de 250 m.	2
Les douleurs m'empêchent de marcher au delà de 100 m.	3
Je ne peux marcher qu'avec une canne ou des béquilles	4
Je reste au lit la plupart du temps et dois me traîner jusqu'aux toilettes	5

Section 5 – Position assise	
Je peux rester assis(e) aussi longtemps que je le désire sur n'importe quel siège.	0
Je peux rester assis(e) aussi longtemps que je le désire sur mon siège favori.	1
Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus d'une heure.	2
Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus d'une demi-heure.	3
Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus de dix minutes.	4
Les douleurs m'empêchent toute position assise.	5
Section 6 – Position debout	
Je peux rester debout aussi longtemps que je le désire sans douleur supplémentaire.	0
Je peux rester debout aussi longtemps que je le désire, mais cela occasionne des douleurs supplémentaires.	1
Les douleurs m'empêchent de rester debout plus d'une heure.	2
Les douleurs m'empêchent de rester debout plus d'une demi-heure.	3
Les douleurs m'empêchent de rester debout plus de dix minutes.	4
Les douleurs m'empêchent de me tenir debout.	5
Section 7 - Sommeil	
Mon sommeil n'est jamais perturbé par les douleurs.	0
Mon sommeil est parfois perturbé par les douleurs.	1
A cause des douleurs, je dors moins de six heures.	2
A cause des douleurs, je dors moins de quatre heures.	3
A cause des douleurs, je dors moins de deux heures.	4
Les douleurs m'empêchent de dormir.	5
Section 8 – Vie sexuelle (si présente)	
Ma vie sexuelle est normale et n'occasionne pas de douleurs supplémentaires.	0
Ma vie sexuelle est normale, mais occasionne parfois quelques douleurs supplémentaires.	1
Ma vie sexuelle est presque normale, mais très douloureuse.	2
Ma vie sexuelle est fortement réduite à cause des douleurs.	3
Ma vie sexuelle est presque inexistante à cause des douleurs.	4
Les douleurs m'empêchent toute vie sexuelle.	5
Section 9 – Vie sociale	
Ma vie sociale est normale et n'occasionne pas de douleurs supplémentaires.	0
Ma vie sociale est normale, mais elle augmente l'intensité des douleurs.	1
Les douleurs n'ont pas de répercussion significative sur ma vie sociale, excepté une limitation lors de mes activités physiques (par ex : le sport, etc.)	2

Les douleurs limitent ma vie sociale et je ne sors plus aussi souvent.	3
Les douleurs limitent ma vie sociale à mon foyer.	4
Je n'ai pas de vie sociale à cause des douleurs.	5
Section 10 - Voyage	
Je peux voyager partout sans douleur.	0
Je peux voyager partout, mais cela occasionne une augmentation des douleurs.	1
Les douleurs sont bien présentes, mais je peux effectuer un trajet de plus de 2 heures.	2
Les douleurs m'empêchent tout trajet de plus d'une heure.	3
Les douleurs ne me permettent que de courts trajets nécessaires de moins de 30 minutes.	4
Les douleurs m'empêchent tout trajet, sauf pour recevoir un traitement.	5

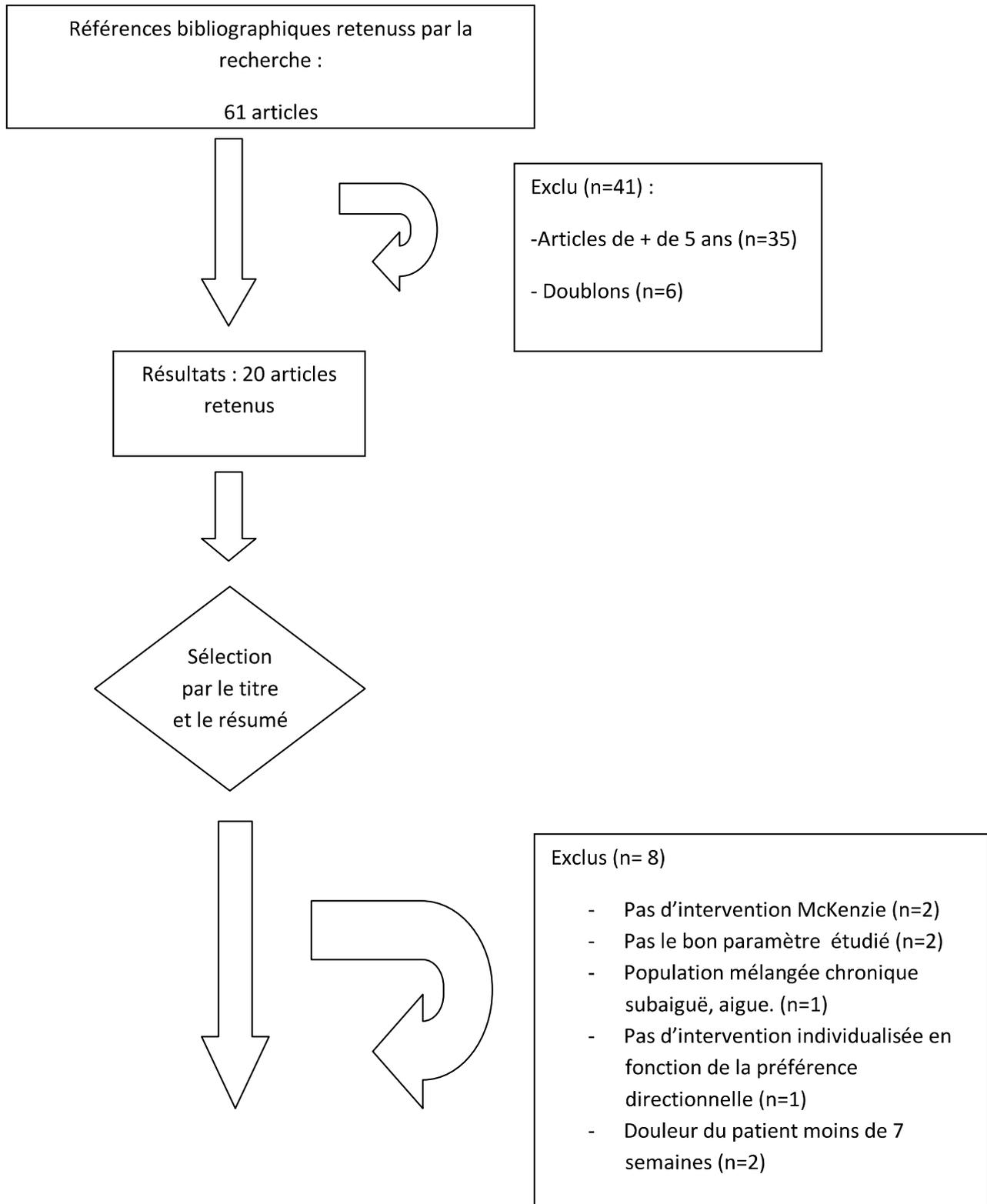
Total des scores	
-------------------------	--

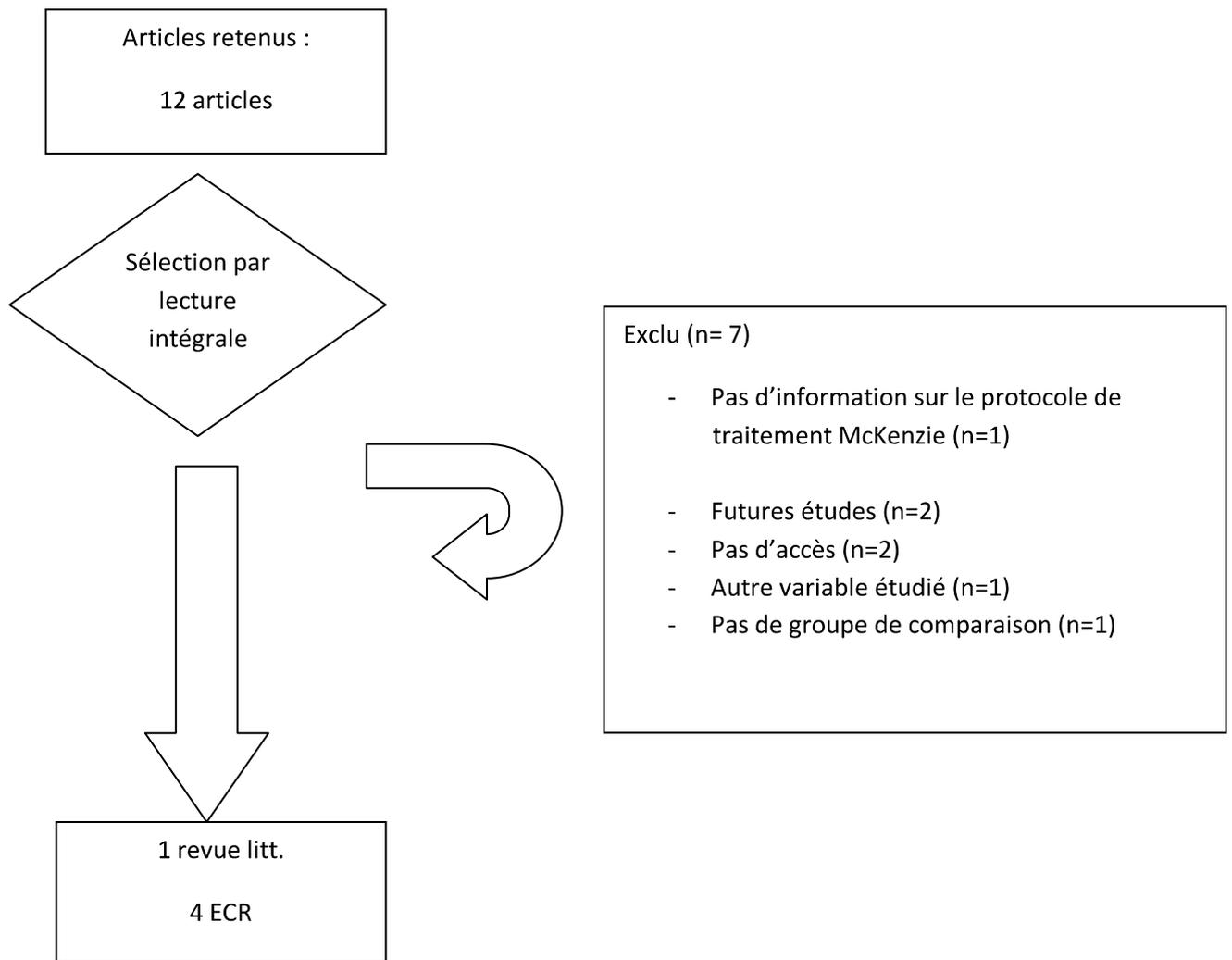
L'Oswestry Disability Index (ODI) est calculé selon la formule ci-dessous :

$ODI = (\text{somme des scores de chaque section} / \text{nombre de sections répondues}) \times 20 = \% \text{ d'incapacité}$

Nombre de sections répondues	
-------------------------------------	--

ANNEXE N° VIII : SCHEMA DES ETAPES DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE





**ANNEXE N° IX : Description des études de la revue de littérature de
N. Sansonnens et al de 2012**

Auteurs	Score Pedro	Nbre de P	Intervention de comparaison	Schéma d'étude	Paramètre : Incapacité fonctionnelle.	Durée
N. Sansonnens et al 2012				Revue systématique	Fonctionnement physique.	
Petersen et al. 2002	7/10	260	Renforcement intensif	ECR		2 mois 4 mois 8 mois 14 mois
Miller et al .2005	5/10	29	Stabilisation spécifique	ECR	Fonctionnement physique	6sem.
Sakai et al 2008	4/10	74	Relaxant musculaire. Groupe témoin : antalgie + livret éducationnel	ECR	Fonctionnement physique	4sem.

ECR : Etude contrôlée randomisée

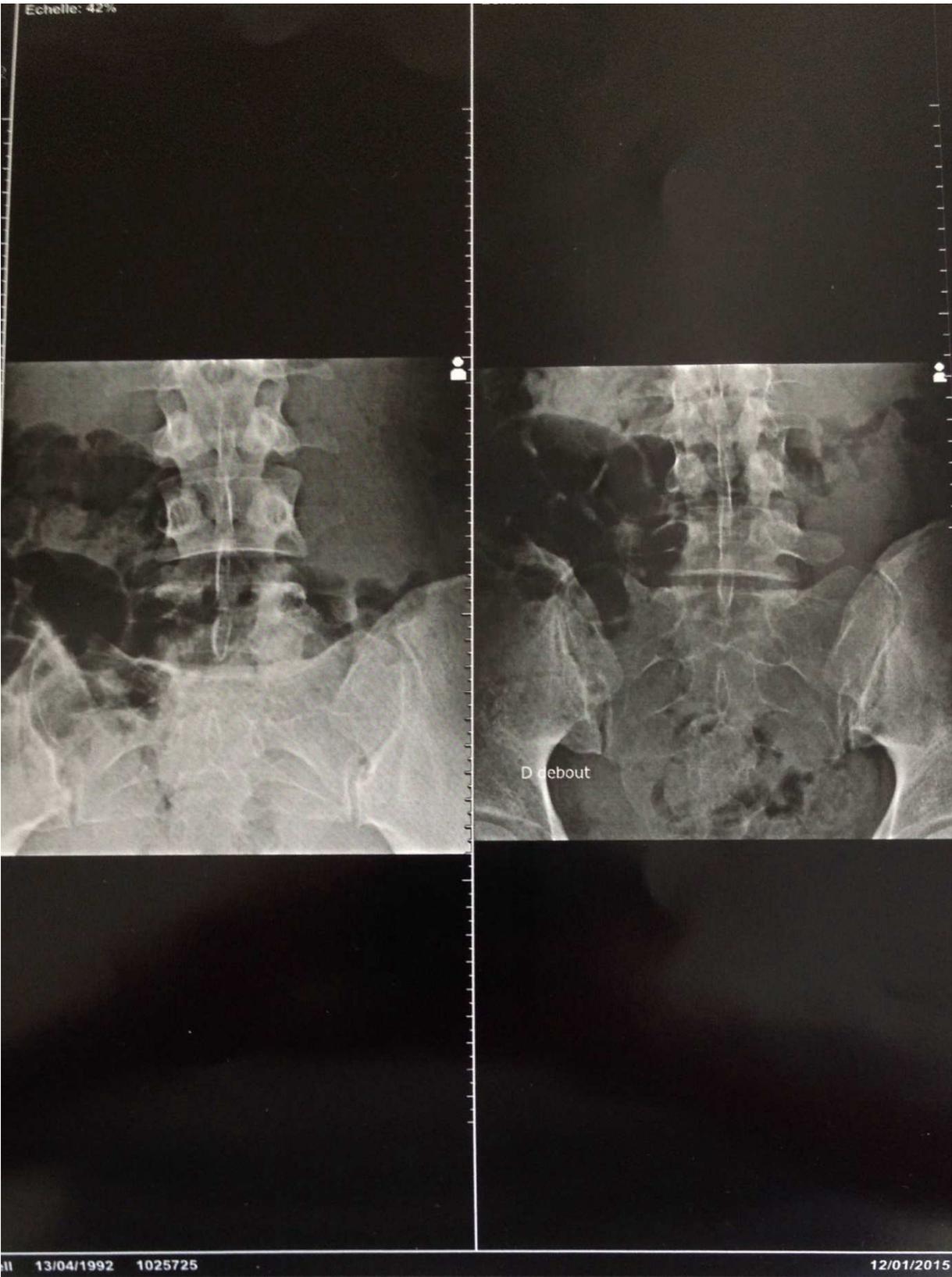
ANNEXE N°X : Récapitulatif des résultats des études retenues.

	A court terme (0-3mois)	A moyen terme (3 mois-1 ans)	A long terme (+ d'1 an)
Petersen et al. 2002 et 2007*	Amélioration significative dans les deux groupes. (p=0.001). Pas de différence significative entre les groupes à 2 mois.	Différence significative en faveur de McKenzie à 4 mois (p=0.04) mais pas à 8 et 14 mois. »	Amélioration des deux groupes se maintient à 14 mois.
Miller et al .2005*	« Montre une amélioration non significative dans les deux groupes sans différence significative entre les groupes. (6 semaines) »	Pas d'évaluation	Pas d'évaluation
Sakai et al 2008*	« Amélioration significative sans différence significative entre les groupes. (4 semaines) »	Pas d'évaluation	Pas d'évaluation
A. Garcia et al, 2013	Diminution de l'invalidité dans les deux groupes après 1 mois. En faveur pour McKenzie	Maintenue à 3 et 6mois. En faveur pour McKenzie.	Pas d'évaluation
Murtezania et al, 2015	Diminution dans les deux groupes avec amélioration significative en faveur de McKenzie (p<0.001) 4 semaine, 2 mois.	Diminution dans les deux groupes avec amélioration significative en faveur de McKenzie (p<0.001) à 3 mois.	Pas d'évaluation.
S.Mancelon et al, 2014	Après traitement : Pas de différence significative entre les deux groupes. (en faveur du TT classique)	Pas d'évaluation	Pas d'évaluation.
Pawet et al, 2015	Après traitement : Diminution significative dans les deux groupes (Met+ McKenzie et Mck seul) Pas de différence entre les deux groupes. Mais amélioration par rapport au Traitement standard	A 3 mois : Les résultats se maintiennent. Pas de Différence significative entre les deux groupes. Mais différence significative par rapport au groupe traitement standard.	Pas d'évaluation.

*Etudes faisant partie de la revue de littérature de N.Sansonnens et al 2012

ANNEXE N°XI : Radiographies



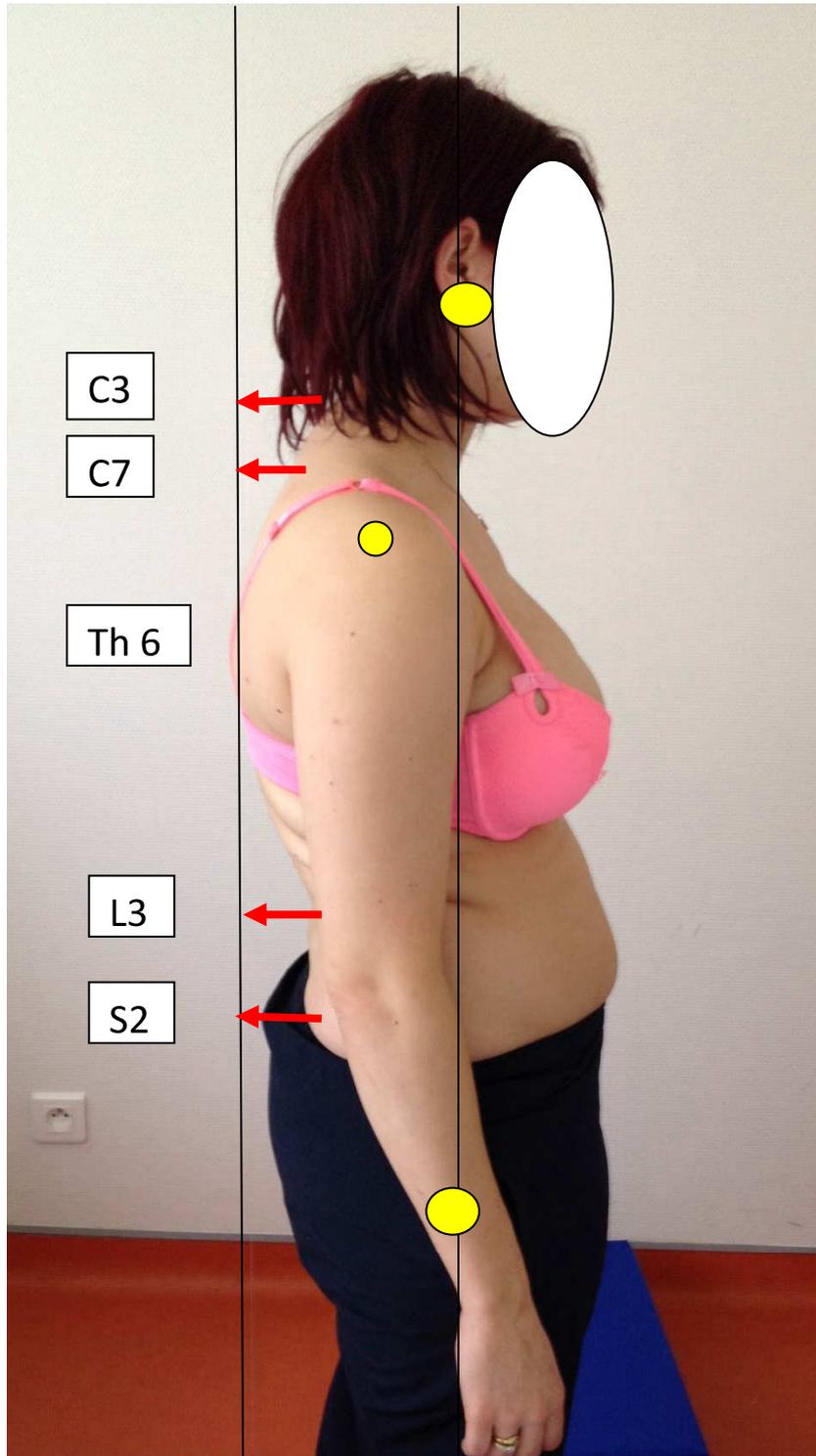






ANNEXE N°XII : Bilan morphostatique

Plan sagittal :



Plan frontal :



ANNEXE N°XIII : Tableau 1 : mesure des flèches sagittales

Hauteur	Distance en cm
C3	5.5
C7	6 (norme 3-4)
Th6	0
L3	6 (norme 3-4)
S2	5 (norme 0)

ANNEXE N°XIV : Echelle d'incapacité fonctionnelle

Nom : <u>Fouest</u>	Étiquettes du patient
Prénom : <u>Russell</u>	
Date de naissance : <u>13 avril 1992</u>	
Service :	
Hôpital/Centre MPR :	
Examineur :	
Date du jour : <u>13 avril 2015</u>	

Échelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évaluation des Lombalgies (E.I.F.E.L.)

Nous aimerions connaître les répercussions de votre douleur lombaire sur votre capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne.

Si vous êtes cloué au lit par votre douleur lombaire, cochez cette case et arrêtez-vous là .

En revanche, si vous pouvez vous lever et rester debout au moins quelques instants, répondez au questionnaire qui suit.

Une liste de phrases vous est proposée. Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire.

Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes aujourd'hui à cause de votre douleur lombaire.

Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte aujourd'hui, cochez-la. Souvenez-vous bien de ne pas cocher uniquement les phrases qui s'appliquent à vous-même aujourd'hui. Score sur 24, comptez un point par case cochée. Incapacité maximale si 24 points.

1 / 2

- 1 Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos
 - 2 Je change souvent de position pour soulager mon dos
 - 3 Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos
 - 4 À cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison
 - 5 À cause de mon dos, je m'aide à la rampe pour monter les escaliers
 - 6 À cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer
 - 7 À cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil
 - 8 À cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place
 - 9 À cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude
 - 10 Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos
 - 11 À cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni m'agenouiller
 - 12 À cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise
 - 13 J'ai mal au dos la plupart du temps
 - 14 À cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit
 - 15 J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos
 - 16 À cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collant)
 - 17 Je ne peux marcher que sur des courtes distances à cause de mon mal de dos
 - 18 Je dors moins à cause de mon mal de dos
 - 19 À cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller
 - 20 À cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée
 - 21 À cause de mon dos, j'évite de faire des gros travaux à la maison
 - 22 À cause de mon dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens
 - 23 À cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude
 - 24 À cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps
- Score total / 24

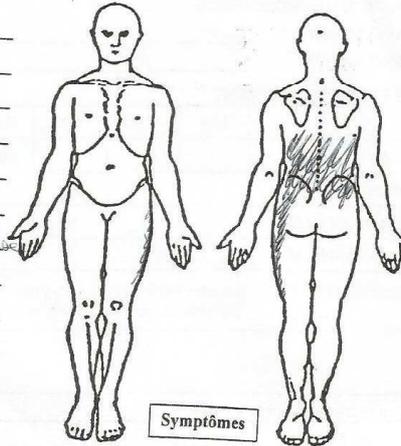
2 7 2

ANNEXE N°XV : Bilan Mckenzie



INSTITUT McKENZIE INTERNATIONAL FORMULAIRE D'EVALUATION LOMBAIRE

Date: 26/03/2015
 Nom: FOREST Kristell Sexe: M/F
 Adresse: _____
 Téléphone: _____
 Né le: 13/04/1992 Age: 22
 Prescripteur: _____
 Travail: contraintes mécaniques agent d'entretien + coiffeuse
(penchée en avant ou statique)
 Loisirs: Contraintes mécaniques cheval (+2 ans)
 Limitations fonctionnelles pour cet épisode AT (inapte?)
 Niveau d'invalidité (score) _____
 EVA (0-10) 5



INTERROGATOIRE

Symptômes actuels: douleurs dos / fesse / cuisse / genou gauche en lat
 Présents depuis: 5 ans
 Facteur déclenchant: Ø s'améliore/stationnaire/se détériore
 Symptômes initiaux: lbr / cuisse / jbe ou sans raison apparentes
 Symptômes Const: (lbr / cuisse / jbe) symptôme intermittents: lbr / cuisse / jbe
 Empiré: Se pencher Assis / Se lever Debout Marcher Allongé
Matin / En cours de journée / Soir Immobilité / En mouvement
 Autre: _____
 Mieux: Se pencher Assis Debout Marcher Allongé
Matin / En cours de journée / Soir Immobilité / En mouvement
 Autre: _____
 Sommeil perturbé: Oui / Non Position: déçu / procu / latéro D / G Litière: dure / moyenne / molle
 Episodes antérieurs: 0 1-5 6-10 11+ 8 ans Année du 1er épisode: collège 8 ans
 Antécédents: chute vélo -> pied gauche
cheval -> entorse lat genou gauche
 Traitements à ce jour: anti-inflammatoire, morphine

QUESTIONS SPECIFIQUES

Toux / Eternement / Effort: oui / non Vessie: normale / anormale Marche: normale / anormale
 Médicaments: aucuns / AINS / analg / corticoïdes / anticoag / autre
 Santé grt: Bonne / Passable / Mauvaise
 Imagerie: oui / non
 Chirurgie récente ou majeure: oui / non Douleur Noct: oui / non
 Accidents: oui / non chute cheval Perte de poids inexplicée: oui / non
 Autre: _____

EXAMEN

POSTURE

Assis: bonne / pass / mauv Debout: bonne / pass / mauv Lordose: red / acc / normale Shift Latéral: G / D / Aucun
 Correction Posturale: mieux / empiré / ss effet Pertinent: oui / non
 autres observations: _____

EXAMEN NEUROLOGIQUE

Déficit Moteur _____ Réflexes _____
 Déficit Sensitif _____ Neuro-Méningé _____

PERTE DE MOUVEMENT

	Maj	Mod	Min	Nulle	Douleur
Flexion				Ø	augmenté, pas empiré
Extension			X		// idem
Glissement lat D			X		//
Glissement lat G			X		//

MOUVTS TESTS Décrire l'effet sur la douleur – Pendant: produit, aboli, augmenté, diminué, ss effet, centralise, périphérisé. Après: mieux, empiré, ss effet, pas empiré, pas mieux, centralisé, périphérisé.

	Symptômes pdt le test	Symptômes après le test	Réponse mécanique		
			↑ampl	↓ampl	ss effet
Symptômes avant tests dbt:					
FI dbt					
Rep FI dbt					
Ext dbt					
Rep Ext dbt					
Symptômes avant tests allongés:					
FED					
Rep FED					
EEP					
Rep EEP		↑centralise centralise - Augmente		ss effet Empire. Contra.	
Si nécessaire symptômes avant tests:					
gliss lat D					
Rep gliss lat D					
gliss lat G					
Rep gliss lat G					

TESTS STATIQUES

Assis en cyphose _____ Assis redressé _____
 Dbt relaché _____ Dbt redressé _____
 En procu sur les coudes _____ Assis MI ext _____

Autres Tests _____

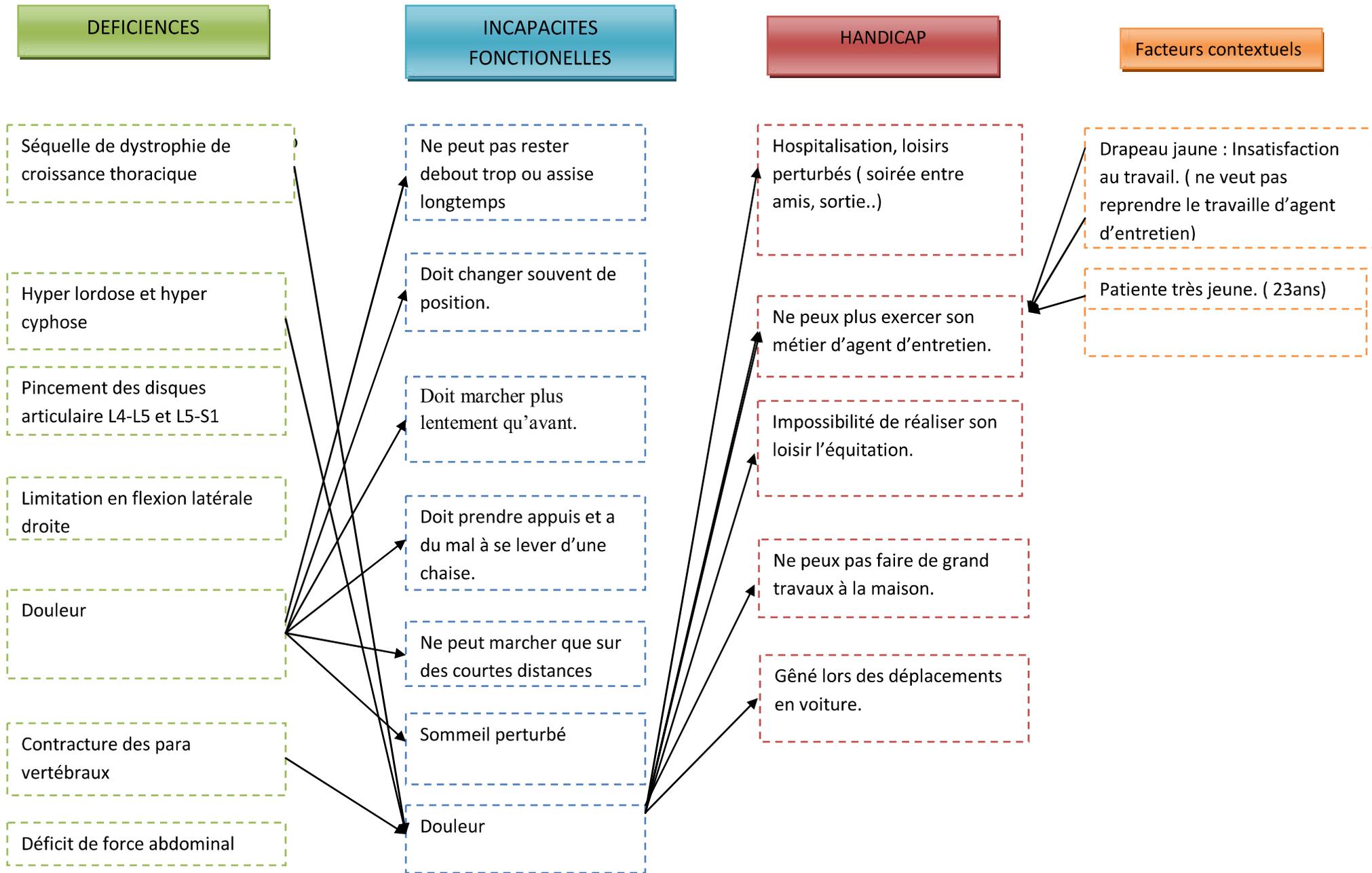
CLASSIFICATION PROVISoire

Dérangement _____ Dysfonction _____ Postural _____ Autre _____
 Sous-classification _____

PRINCIPES DE MANAGEMENT

Education _____ Aide ergonomique _____
 Thérapie mécanique : Oui / Non Principe d'extension : _____
 Principe latéral _____ Principe de flexion : _____
 Autres _____
 Buts du traitement: _____

ANNEXE N° XVI : diagnostic kinésithérapique



ANNEXE 16 : diagnostic kinésithérapique

NOM : PIGNOLET

PRENOM : Kaëlig

TITRE :
EFFICACITE DE LA METHODE MCKENZIE SUR L'INCAPACITE FONCTIONNELLE
DANS LE TRAITEMENT DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE

Summary :

Chronic low back pain is a major public health problem. It contributes to rising health costs in industrialized countries.

McKenzie method is the subject of numerous studies. If it proves effective in the treatment of acute low back pain, that it may bring to patients with chronic low back pain? We propose to study the effectiveness of this method through the scientific literature and clinical cases by considering functional disability as an evaluation criterion. The contrasting results of the two approaches lead us to explore the limits of this approach, both in literature and in our own care. The McKenzie method seems interesting in the treatment of chronic low back pain, however important work left to do on the definition of low back pain and studies including long-term results are still lacking.

Résumé :

La lombalgie chronique est un véritable problème de santé publique. Elle contribue à l'élévation des dépenses de santé dans les pays industrialisés.

La méthode McKenzie fait l'objet de nombreuses études. Si elle s'avère efficace dans le traitement des lombalgies aiguës, que peut elle apporter aux patients atteints de lombalgie chronique ? Nous proposons d'étudier l'efficacité de cette méthode au travers de la littérature scientifique et d'un cas clinique en considérant l'incapacité fonctionnelle comme critère d'évaluation. Les résultats contrastés des deux approches nous amènent à étudier les limites de cette méthode, tant dans la littérature que dans notre propre prise en charge.

La méthode McKenzie semble intéressante dans le traitement des lombalgies chroniques, cependant un travail important reste à faire sur la définition même de la lombalgie et les études incluant des résultats à long terme manquent encore.

KEYWORDS : McKenzie. Chronic low back pain. Disability.

MOTS CLES : McKenzie. Lombalgie chronique. Incapacité fonctionnelle.

INSTITUT DE FORMATION MASSEURS KINESITHERAPEUTES :

Adresse : 22 avenue Camille Desmoulins 29238 BREST Cedex 3

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES : Promotion 2013-2016